

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL
CIRUG. Y CIRUJ.

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XXII

9

SEPTIEMBRE

1954

Director:
Dr. BERNARDO J. GASTELUM
Jefe de Redacción:
Dr. DIONISIO PEREZ COSIO





en la peritonitis Terramicina* MARCA DE LA INDUSTRIA QUIMICA

Después de tratar con Terramicina a 60 pacientes de peritonitis, los autores llegaron a la conclusión de que "la Terramicina es un agente antibacteriano muy útil y potente." Se comprobó que esta droga es especialmente eficaz por su "amplio espectro antimicrobiano y buena difusión en el estado peritoneal . . ."

ANÁLISIS DE FARMACOS
DR. JOSÉ A. GARCÍA, DR.

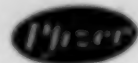
Químico, D. J. GARCÍA, S. J. GARCÍA, D. F. J.
Químico, A. G. GARCÍA, S. J. GARCÍA, D. F. J.

.. Las conclusiones vertidas en esta propaganda son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía.

Literatura Exclusiva para Médicos.

.. Prop. N° A 1081/54 S. S. A.

Reg. N° 1925 S. S. A.



FUNDADA EN 1849

LABORATORIOS PFIZER, S. A. P. de Alta Intensidad S.R. México S. D. F.



Da en el blanco

La

SULFASUXIDINA

es el poderoso bacteriostático

de actuación estrictamente intraluminal que prefiere el

Hon. Cuerpo Médico para el tratamiento *in situ* de la
disenteria bacilar y amebiana, colitis ulcerosa,

diarreas disenteriformes del lactante, y en cirugía

abdominal como medida profiláctica.



Rp. SULFASUXIDINA, comprimidos de 0.5 gm. en frascos de 20 y 100.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1894-1956

Presidentes:
DR. JOAQUIN CORREA
CEDILLO

Vice-Presidente
DR. MIGUEL LAVALLE

Secretarios:
DR. ENRIQUE PERA
Y DE LA PERA

Tesoreros:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA

VOCALES:

1^{er}.—Dr. Bernardo J. Gaudin.

2^o.—Dr. Adán Valiente Guezo.

3^o.—Dr. Dionicio Pérez Cosío.

4^o.—Dr. José Antonio Espota V.

5^o.—Dr. Xavier Romo Daza.

TELBARIDASE

(Polvo
para solución inyectable)

Reg. No. 42094 S. S. A.

Prop. No. A-6288-54

FORMULA:

Cada frasco contiene:

Hialuronidase ... 150 U.T.
(Unidades turbidez)

Cloruro de Sodio. 0.009 g.

Cada ampollita contiene:

Sulfato de Atropina
0.00025 g.

Agua bidestilada, c.b.p. 1 cm³

FORMULA:

Cada frasco contiene:

Hialuronidase ... 900 U. T.
(Unidades turbidez)

Cloruro de Sodio 0.0009 g

Cada ampollita contiene:

Sulfato de Atropina
0.00025 g.

Agua bidestilada, c.b.p. 1 cm³

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS

ALBAMEX, S. A.

Querétaro, No. 28

MEXICO 7, D. F.

PRESTICIO

B-D

ACE

* a base de
CALIDAD...

El uso de un
TERMOMETRO B-D
ACE, implica seguridad en
el diagnóstico y confianza en el
ánimo del enfermo. Los procesos de
elaboración de los **TERMOMETROS B-D**
ACE, están apegados escrupulosamente
a las normas de calidad
B-D, que han logrado
el prestigio mundial
de los productos
Becton Dickinson.



HECHO EN MEXICO BAJO NORMAS DE CALIDAD

B-D

CONSEJO MEXICANO
DE ASOCIADOS DE

B-D

BECTON, DICKINSON & CO.
RUTHERFORD, N.J., U.S.A.

MAPAD, S.A. de C.V.

* MARCAS REGISTRADAS

DR. GARCIA DIEGO 170, APDO. POSTAL 2402, TEL. 21-95-60
MEXICO 7, D. F.

MBD-8



INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

• La vitamina 'P'
en su medio natural

FLEBOCONSTRICTOR

HEMORROIDES, VARICES,
FLEBITIS, MANIFESTACIONES
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR,

ENEMIGOS PRIENTES DE LA VIDA S.A.
SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 2107 S.S.A.

REG. No. 6743-20 S.S.A.

LABORATORIO DAUSSE S.A. DE C.V.

ILOTICINA

(Eritromicina Lilly)

CRISTALINA

Antibiótico versátil y poderoso de acción selectiva y bactericida. Eficaz en las infecciones más comunes. A menudo tiene éxito cuando otros antibióticos fracasan.

Activa peso por peso contra estreptococos y neumococos.

No se ha informado de resistencia natural a la 'Iloticina' ni de resistencia cruzada con otros antibióticos empleados corrientemente.

La 'Iloticina' no destruye los colibacilos que controlan la proliferación de hongos y levaduras. No es probable que se presenten infecciones sobrepuestas.

La 'Iloticina' es bien tolerada. El peligro de enterotoxemia es eliminado y no se ha informado de deficiencia de Complejo de Vitamina B.

LILLY



L I L L Y

LA CASA QUE DESCUBRIO LA ERITROMICINA

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.

Reg. No. 39948 S. S. A.

"Literatura exclusiva para Médicos"

Prop. No. A 1709/53 S. S. A.

S U M A R I O

ARTICULOS ORIGINALES

TREINTA AÑOS DE TERAPEUTICA APENDICULAR.—Por el Académico Dr. Luis G. Campos y COMENTARIO por el Académico Dr. Juan Mora Ortiz	399
SUGESTIONES PARA MEJORAR LA EMERGENCIA DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEPENDIENTES DEL DEPARTAMENTO DEL D. F.—Por el Académico Dr. Horacio Uzeta y COMENTARIO por el Académico Dr. Arturo de los Ríos	411
CLINICA Y FRECUENCIA DEL SINDROME TRAUMATICO OCULAR.—Por el Académico Dr. Raúl Arturo Chavira y COMENTARIO por el Académico Dr. F. Palomino Dena ..	419
COMENTARIOS Y SINTESIS DE LITERATURA RECIENTE.....	454
SOCIALES	456

—:O:—

CIRUGIA Y CIRUJANOS

CIRUG. Y CIRUJ.

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Director: .

DR. BERNARDO J. GASTELUM

Gerente

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción

DR. DIONISIO PEREZ COSIO

Registrado como Art. de 2ª clase en la Admón. de Correos el 6 de Abril de 1936.

Franquicia especial Oficio Núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Toda correspondencia debe dirigirse al Apartado Postal número 7994 Facultad de Medicina, esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

HEPA-DOCEVITAL

“100”

Propiedades e Indicaciones:

- Hematopoiético.
- Antineurítico.
- Anemias primitivas y secundarias de diversa etiología.

Presentación:

Frasco-ampula de 5 y 10 cm³.

Cada cm³. de solución inyectable contiene:

Extracto de Hígado	10 U. A. F. E. U.
Vitamina B12	100 microgramos.
Acido Fólico	1 mg.
Fond al 0, 5%, c. h.	

(Reg. No. 40545 S. S. A.).

LABORATORIOS SILANES, S. A.

AMORES, 1104

MEXICO 12, D. F.

(Reg. Prop. A 578/53, S.S.A.)



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía

AÑO XXII

SEPTIEMBRE DE 1954

NUM. 9

Treinta Años de Terapéutica Apendicular

EVOLUCION EN EL CRITERIO DE LA TERAPEUTICA APENDICULAR

*Por el Académico Dr. Luis G. CAMPOS **

Al terminar la carrera en el año de 1924, y comenzar el ejercicio profesional toca a su fin la polémica entre internistas y cirujanos sobre las necesidades operatorias en los casos de apendicitis.

F. J. Collet en su *Patología* decía entonces: "la apendicitis es una enfermedad que cura espontaneamente en la mayor parte de los casos; pero cuyo pronóstico es grave y por lo tanto debe de ser reservado".

Comentaba en una larga tirada lírica las veces en que el tratamiento debía de ser médico y cuales quirúrgico, y textualmente decía: "el tratamiento quirúrgico está absolutamente indicado en las apendicitis de recaídas, en los que debe operarse en frío entre dos ataques". "En los casos agudos las opiniones se dividen" "unos opinan en que debe de operarse inmediatamente, otros esperan hasta que el paciente se agrava" Concluía "La operación consiste en la apertura del foco purulento, la resección del apéndice se deja para más tarde, a menos que el apéndice aparezca ante los ojos del operador".

E. Forgue en su *Patología Quirúrgica* asentaba: "Al comienzo de una crisis apendicular, una cuestión decisiva y de gran responsabilidad se plantea: ¿Cuál será la gravedad del ataque?"

* Trabajo leído en la sesión del día 3 de agosto de 1954.

Todos los considerandos y las discusiones versaban sobre el hecho siguiente: Se trataba de adivinar cuán grande sería la resistencia del paciente frente a una infección apendicular, y qué probabilidades tendrían de resistir a ese primer ataque para después operar en frío. Se dejaba tranquilamente a la resistencia peritoneal a la infección, el resolver sobre la vida del paciente.

El tratamiento por todos nosotros conocido se iniciaba con la vigilante espera; se inmovilizaba al intestino con opiáceos, ya fuera con extracto tebaico o con morfina, se colocaba hielo sobre la región; se inmovilizaba al paciente; se prescribía dieta absoluta, a lo sumo se permitían jugos de hielos o algunas bebidas, y cuando el paciente comenzaba a mejorar llegaban a prescribir hasta unas cucharaditas de aceite de ricino, naturalmente que con muchas restricciones por el peligro latente de perforación y peritonitis generalizada.

Si el paciente se agravaba entonces se tenía que recurrir a la cirugía, que en la mayor parte de los casos se limitaba a canalizar el absceso o peritonitis existente.

La cirugía reservada para los casos más graves, generalmente llegaba tarde o fuera de tiempo y las secuelas operatorias no podían ser más desagradables o más graves.

Las fistulas quedaban muy frecuentemente molestando al paciente por un período más o menos largo, y solo concluían por la segunda intervención que era entonces casi siempre necesaria.

Fue ya se inclinaba por el tratamiento inmediato al diagnóstico y como este no se hacía en aquel entonces a tiempo; porque los pacientes acudían al médico en la mayor parte de las veces después de las primeras veinte y cuatro horas de iniciado el padecimiento; se inclinaban a la contemplación; porque en aquel entonces se creía, que las operaciones tardías eran muy graves y lo son en efecto.

Fue en aquella época cuando Dicuslafoie, un gran internista, en su memorable capítulo sobre apendicitis, tronaba contra el espíritu contemplativo de los médicos y cirujanos de su época, y opinó categóricamente que la espera armada era una maniobra innecesaria y peligrosa; esperar era y es dejar pasar la oportunidad de salvar seguramente al paciente y por lo tanto su opinión fue categórica: Todo enfermo de

apendicitis debe de operarse inmediatamente que el padecimiento sea precisado.

Ya entonces los abstencionistas estaban acordes en manifestar que mientras más pronto la intervención se efectuara, más posibilidades había de que el paciente se recobrara. Y ya entonces quedó claramente sentado que mientras menos tiempo transcurriese entre la iniciación del ataque apendicular y la hora de la operación, la intervención era más sencilla, más fácil, con menos secuelas y complicaciones postoperatorias.

Pero al abandonar la Escuela y enfrentarse en la práctica con los numerosos casos de cólico de "Miserere" que siempre han existido, se encontraba uno maniatado por la costumbre de antaño y era muy difícil convencer a los pacientes de la bondad de la operación. ¡Por cuántas y muy penosas horas de espera pasamos los médicos en aquel entonces frente al lecho del enfermo!

No era posible vencer fácilmente la costumbre de siglos y como por aquel entonces la cirugía se reservaba para los casos de absceso y de peritonitis generalizada, la mortalidad en las intervenciones era elevadísima y no comparable con la de los casos de abstencionismo.

A continuación se colocan unas cifras obtenidas personalmente en el cuidado y vigilancia de los pacientes.

Cuadro Estadístico compilado por el autor, sobre las operaciones de apéndice practicadas en su clínica y en la clientela privada.

Año	Aguda	Crónica	Absceso	Perforación	Gangrena Apendicular	Muerte	Cura- ción	Total
1930 —	1 —	0 —	1 —	0 —	1 —	0 —	1 —	1
1931 —	6 —	8 —	6 —	1 —	5 —	1 —	13 —	14
1932 —	10 —	27 —	5 —	3 —	4 —	2 —	35 —	37
1933 —	22 —	24 —	14 —	1 —	11 —	3 —	43 —	46
1934 —	19 —	41 —	3 —	0 —	2 —	0 —	60 —	60
1935 —	34 —	30 —	7 —	1 —	1 —	1 —	63 —	64
1936 —	67 —	20 —	9 —	1 —	2 —	1 —	86 —	87
1937 —	38 —	26 —	5 —	0 —	0 —	0 —	64 —	64
1938 —	23 —	15 —	3 —	0 —	0 —	0 —	38 —	38

Año	Aguda	Crónica	Abstron	Perforación	Gangrena Apendicular	Muerte	Cura- ción	Total
1939	49	20	1	1	0	0	69	70
1940	50	20	1	2	1	1	69	69
1941	35	11	4	2	3	1	45	46
1942	30	4	2	3	1	0	30	30
1943	20	10	2	1	1	0	66	66
1944	44	22	3	0	0	0	30	30
1945	15	15	1	1	1	0	27	27
1946	17	10	2	0	0	0	22	22
1947	10	12	2	1	0	1	20	21
1948	16	5	3	3	2	0	16	16
1949	16	0	0	0	0	0	23	23
1950	19	4	1	0	0	1	13	14
1951	9	5	3	1	1	0	10	10
1952	7	3	0	1	1	0	9	9
1953	5	4	0	0	0	0		
	661	116	78	23	39	13	685	898

Si se analiza el cuadro anterior vemos que la estadística muestra claramente la evolución de la aplicación de las cirugías modernas. Los casos de apendicitis tratados en mi clínica son al principio más numerosos en su fase crónica, superando las intervenciones "en frío" a las efectuadas en su fase aguda en una gran proporción.

En el año de 1932 el porcentaje de las intervenciones en frío excede a las efectuadas en el momento del ataque en más de un 100% que llega a su fase de cambio en el año de 1935. Por primera vez en ese año las cifras del apéndice operado en frío son inferiores a las del apéndice operado en su fase de inflamación aguda.

Si se observan los resultados finales o sea la muerte o la curación, la estadística nos muestra claramente lo terrible de las intervenciones quirúrgicas. En el año de 1933 hubo tres defunciones con un total de 46 intervenciones.

En la misma estadística nos muestra por qué la mortalidad se tra-

CIRUGÍA Y

ta de casos en la mayoría de las veces operados en las peores condiciones; en 22 casos de apendicitis aguda en 1933 se observan una perforación del apéndice y once casos de gangrena apendicular; existen además 14 casos de absceso apendicular.

A medida que transcurre el tiempo vemos que las condiciones en que se opera van mejorando, los abscesos se vuelven menos frecuentes hasta desaparecer en los últimos años.

No ocurre lo mismo con los casos de perforación apendicular; ésta se sigue presentando con frecuencia aterradora. Si los pacientes se recuperan se debe a que la intervención fué muy oportuna y con los grandes recursos técnicos actuales.

En estas consideraciones sobre el tratamiento de la apendicitis me abstengo de hablar sobre su técnica, que con ligeras variantes permanece inmutable; descartándose cada vez más las intervenciones por la línea media; para aprovechar la anestesia y de paso efectuar otra operación la mayor parte de las veces innecesaria.

Mis considerandos se efectuarán sobre las enormes ventajas del método moderno sobre el que se practicaba hace treinta años.

En aquel entonces una vez operado el paciente se le observaba inmóvil, se le aplicaba una bolsa de hielo, se le administraban opiáceos durante 8 días, y la dieta era la mayor parte de las veces hídrica al principio y láctea después de las primeras 72 horas. Los vómitos se combatían con inyecciones de suero y algunos calmantes de la mucosa gástrica como la Poción de Riviere. Al séptimo u octavo día se le administraba al paciente una fuerte dosis de algún purgante oleoso o salino. Generalmente hasta entonces abandonaba el lecho.

Contrasta esta terapéutica con la moderna:

No se inmoviliza al paciente.

El suero se administra en venoclisis y en gran cantidad de acuerdo con los requerimientos del caso clínico.

Si el caso es muy grave las transfusiones son de aconsejarse.

La movilización precoz y el administrar a los pacientes una dieta adecuada, ahorra en la mayor parte de las veces el tener que movilizar el intestino artificialmente.

Si el caso es grave se administran los antibióticos que se requieran ya sea por vía oral o en inyección.

Es de aconsejarse en el momento de la intervención la aplicación del algún compuesto de tipo Sulfatiazol. Se debe aplicar sobre la herida del corte apendicular; en la cavidad si la reacción peritoneal es muy intensa o si hay supuración. También debe aplicarse en los diversos planos de salida de la herida quirúrgica. De este modo se impide que alguna infección se desarrolle en el tejido celular subcutáneo, muy difícil de ventosear aún con la aplicación de antibióticos de cualquier género. Siguiendo este consejo se obtendrán en la mayor parte de las veces primeras intenciones, en el post operatorio de las apendicitis, no importa el grado de infección que exista en la cavidad peritoneal.

Queda pues sentado que el consejo de Dicalafoic es muy útil y que no debe dársele de practicar una apendicectomía inmediatamente que se hace el diagnóstico. Y que el peligro operatorio es menor, mientras menos horas han transcurrido entre la iniciación de la dolencia y el acto quirúrgico, porque sólo en esas condiciones estamos a salvo de las graves complicaciones que se presentan con la espera.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. Juan MORA ORTIZ

El mundo es un continuo devenir. Tanto las cosas, como los seres, como el pensamiento y como nuestros conocimientos todos, están sujetos a mutaciones, a cambios, a progresos incesantes, que conmueven hasta los cimientos, adquisiciones, explicaciones y actuaciones tenidas por incommovibles.

Aquel hombre que aferrado al pasado, crea que sus conocimientos son definitivos, está condenado a ser un perpetuo retrasado.

Debemos esforzarnos por ser dóciles, cambiantes, plásticos, si queremos ser dignos hijos de nuestro tiempo. Y como Leibnitz, como Schelling, como Bergson, como tantos otros insignes pensadores, tengamos el valor de remover las bases mismas de nuestras más arraigadas opiniones, cuando encontramos un obstáculo legítimo que nos impida estimarlas como verdaderas. Sólo el Ser Supremo es inmutable y eterno.

Si de tal guisa debe de ser el pensamiento y el proceder del filósofo y

CIRUGÍA Y

del hombre de ciencia, el del biólogo, el del médico, el del cirujano, necesita todavía mayor ductilidad para adoptar en su vida profesional y en la consecución de su fin, que es la salud de sus semejantes, todos aquellos conocimientos, y experiencias y descubrimientos incesantes y maravillosos, que para bien de la Humanidad y confortación del espíritu, surgen a cada momento, de un mundo invadido por el sórdido materialismo.

Soupault afirma que vivimos una era quirúrgica nueva, ya que somos actores y testigos de una transformación brusca de la cirugía.

Los descubrimientos de Pasteur; las enseñanzas de Lister; la aplicación de la anestesia, permitieron la instauración de una cirugía verdaderamente científica.

No sólo el cirujano hubo de adoptar nuevas orientaciones y métodos en su labor, sino que hubo inúmeros cambios hasta en la estructura interna de los hospitales, para crear los vastos quirófanos con sus grandes equipos de esterilización.

En la actualidad, asistimos a una evolución y transformación quirúrgica no inferiores, que han implicado también, la adopción de nuevos lineamientos, de trabajo, más numerosos que los antes mencionados.

Así vemos que la Patología, y con ella la Cirugía, ha sufrido una gran mutación: *de anatómica se ha hecho funcional*. Sin perder la lesión anatómica su rango, el cirujano no trata tan sólo de extirparla o modificarla, sino que ha de prever las consecuencias funcionales, que ha de producir su intervención y los efectos lejanos. Curación inmediata no es sinónimo de curación efectiva.

Las consecuencias de ello las conocemos todos: se trabaja con una seguridad nunca hasta ahora conocida; gracias a ella, aquellas intervenciones prohibitivas se han hecho asequibles a la mayor parte de los cirujanos.

La técnica ha adelantado poco, se ha hecho quizá más lenta, más preciosista, más cuidadosa, pues los cirujanos del período anterior, si no agotaron los medios, por los menos lo habían intentado todo. Si hay operaciones nuevas, la novedad está en que se planean con fundamentos fisiológicos, en sentido de la función, y se han hecho posibles de realizar merced a las nuevas conquistas.

Siendo pues una verdad, como afirma Abel Rey, que el siglo XX se presenta como el de la incertidumbre, el de la incesante movilidad, el del paso continuo en lo alburio y en lo ambiguo, comprendemos la razón de la evolución habida en el criterio de la terapéutica apendicular, durante los últimos treinta años, que el académico Dr. Luis G. Campos, nos ha generosamente recordado.

Nadie pone en duda actualmente, que toda apendicitis debe de ser operada tan pronto como se diagnostique, y cualquiera que sea su estado evolutivo. Pero el mérito de esta adquisición, al parecer perfecta e inmutable, más que a nuestra época pertenece a la segunda década de este siglo.

Lejars, en su clásico "Tratado de Cirugía de Urgencia", después de recordar las largas y apasionadas discusiones habidas en la Academia de Medicina y en la Sociedad de Cirugía de París, llegó a la conclusión de que toda apendicitis aguda debe de ser operada; inmediatamente, en los casos vistos desde un principio y en los hipersépticos; y después de un corto tiempo de tratamiento de prueba inmovilizante, en los demás.

Victor Panchet, desde 1920 afirmó que las apendicitis agudas deben ser operadas cualquiera que sea el momento de la crisis.

En nuestros medios, hubo también, en el período referido, cirujanos, convencidos particularmente de la necesidad de esta actitud operatoria inmediata:

Dr. Gonzalo Castañeda en su cátedra de Clínica Quirúrgica del año de 1920, a la que tuvo la honra de pertenecer, afirmaba la necesidad de operar todos los casos de apendicitis debidamente comprobados, fueran en estado crónico o en episodio agudo:

Dr. Felipe Ruiz Espaza, por el mismo tiempo, acudía a su servicio de Cirugía de la Antigua Beneficencia Española del Niño Perdido y al del Hospital Beistegui, cualquiera que fuera la hora en que se le llamara, para operar en seguida, todos los apendicitis agudas.

Dr. Gabriel Malda, que en la segunda década de este siglo, tuvo un récord de apendicectomías, imponía la operación inmediata en todos aquellos casos correctamente diagnosticados:

Dr. Ulises Valdés en 1930, decía en el boletín de su Sanatorio:

CIRUGÍA Y

"No se retrase nunca una operación (refiriéndose a las apendicitis) indebidamente; antes procédase sin vacilación."

La evolución en el criterio de la oportunidad en terapéutica apendicular, no pertenece pues a nuestros tiempos. Pertenecen en cambio, sí, dos series de hechos, apenas esbozados por el Dr. Campos, y que a mi entender son los que fundamentalmente han evolucionado la terapéutica de la apendicitis en nuestros días, y son: el advenimiento de las sulfas primero, y de los antibióticos después, y la adaptación del pensamiento fisiológico a la cirugía.

Gracias a los primeros, podemos operar en la actualidad a cualquier enfermo de apendicitis, y en cualquier período de su evolución, con asombrosa seguridad.

La aplicación rutinaria de los diversos antibióticos, en el período pre-operatorio, en el trans-operatorio y en el post-operatorio, mejora tan favorablemente, cualquier forma evolutiva, que en los grandes centros hospitalarios, se tienen estadísticas con letalidad, sólo centesimal. Reconozcamos que aquí, como en muchos otros procesos, los biólogos han superado, sin desplazar, al cirujano.

En cuanto a la adaptación del pensamiento fisiológico en la cirugía apendicular, reconozcamos también sus prodigios. Tal vez menos impresionantes, pero más fecundo y pródigo en sus resultados.

Por él, sabe el cirujano que toda excitación anormal produce una modificación metabólica, que puede repercutir no sólo sobre el propio tejido, sino sobre todos los elementos de regulación. Por esta repercusión o Stress de Selye, los cirujanos se han dado cuenta que toda intervención provoca agresión anatómica, física, metabólica, nerviosa, etc., etc., que las pérdidas sanguíneas, son mucho mayores de lo que aparentan y suponíamos, y que todas estas causas influyen tanto sobre la economía, que es indispensable, prevenirlas.

Es por ello, que en todas las clínicas modernas se han incluido en los quirófanos, equipos de recuperación, transfusión y resucitación, a más de los radiográficos y electrocardiográficos. Ha surgido así, el trabajo quirúrgico en equipo, que garantiza ampliamente la salud de los pacientes.

Pero no es eso todo. Gracias al mismo pensamiento fisiológico, sabemos que la apendicitis, es sólo un episodio de un proceso patológico mucho más amplio y en íntima correlación con otros padecimientos, por lo que la cirugía moderna aprovecha quitar el apéndice, cuando tiene que laparatomizar por otros motivos.

Y así, cuando hace una colecistectomía, una gastrectomía, una histerectomía, una colopexia, etc., sabe que a lo menos en el 80% de las veces, coexiste apendicitis con la colecistitis, con la úlcera gástrica o duodenal, con los fibromiomas o con la colopexia.

Al revés, cuando tiene que apendicectomizar, explora cuidadosamente ciego, colon, útero, órganos genitales femeninos, vesícula, etc., para no hacer una operación incompleta y exponer a que siga sufriendo su paciente.

Estos son, los dos hechos fundamentales que han hecho evolucionar más, la terapéutica apendicular.

Pero hay varios otros detalles no mencionados por el ponente, y que vale la pena sucintamente recordar, aunque sólo sea algunos de ellos.

ANESTESIA.—Los grandes progresos realizados recientemente en esta especialidad, han beneficiado extraordinariamente nuestra actuación quirúrgica en la apendicitis. Abandonados definitivamente el cloroformo, el éter y demás gases que se usaban antaño en circuitos abiertos, se ha entrado en una nueva era anestésica, reconfortante y casi inofensiva. Las anestésias inducidas, las hechas en circuito cerrado, con o sin intubación, las potencializadas, etc., permiten actualmente al cirujano, operar con comodidad, salvar muchas vidas y evitar estados post-anestésicos desagradables.

Pero más todavía que las anestésias generales, cada vez se emplea en mayor escala la anestesia local. La incomodidad para el cirujano, es ampliamente recompensada con la evolución tan favorable que se obtiene. Hasta la frecuente repugnancia de los enfermos para aceptarla, podemos ya disminuirla, con una medicación preparatoria pre-anestésica adecuada.

Es por ello, que existen ya clínicas en las que salvo especiales circunstancias, siempre se usa la anestesia local tales como las del Profesor Dunk en Viena, y la del Profesor Yódice de Buenos Aires, en las que siempre vi,

a ellos y a sus ayudantes, emplear anestesia local, con magníficos resultados y evolución.

INCISION.—Cada vez menos usada la de Jalaguier, lo es mucho más, la de Mc.Burney, y día a día adquiere mayor número de partidarios la transversal. No es lugar aquí para mencionar el pro y el contra de cada una de ellas. Básteme decir que esta última, a la que vi usar por primera vez, en 1933, en el Hospital Santa Elizabeth de la ciudad de Colonia, al Profesor Einckhoff, se va popularizando cada vez más.

Punto interesante respecto a la incisión, es su tamaño. Operadores de oropel ha habido en nuestro medio, que han tratado de deslumbrar al público, que no a los cirujanos, con el mito de las excelsitudes de las pequeñas incisiones. Han explotado este truco, por el que sólo apéndices sanos han sacado.

No, el verdadero cirujano, hará siempre una incisión de tamaño racional, vale decir, de acuerdo y en relación con el espesor de la pared abdominal, con la extensión de la lesión y con la profundidad del foco patológico.

CANALIZACION.—Hace 30 años todavía se utilizaban frecuentemente las canalizaciones tipo Mikiuliks, o Mecaó. Cada vez se ha ido restringiendo más, debido seguramente al empleo local y general, de sulfas y de antibióticos, y en la actualidad, sólo se utiliza en los casos agudos con derrames abundantes, o con grumos purulentos. Cuando está indicada, es indispensable; en los demás casos origina adherencias post-operatorias o eventraciones. De la experiencia y capacidad del cirujano, depende su uso adecuado, en las diversas eventualidades.

Hasta aquí, los hechos más salientes de la evolución habida en la terapéutica apendicular durante los últimos 30 años.

El espíritu se llena de optimismo al contemplar los benéficos resultados obtenidos. El por ciento de mortalidad por apendicectomía, es mínimo. Casi han desaparecido en las grandes ciudades, los cuadros fatales de peritonitis generalizadas, como también van disminuyendo, los casos que

había tan frecuentes, de operados que continuaban con sus molestias, a resultas de operaciones incompletas o mal indicadas.

¿Qué, por ello hemos llegado al desideratum? No, por cierto. Ignoramos las sorpresas que nos depara el porvenir.

La medicina seguirá incesantemente evolucionando y día llegará en que nuestros actuales conocimientos sean desestimados por anticuados. Debemos en efecto recordar, como lo dijo profundo pensador que "el pasado, es sólo la preparación necesaria y caduca del porvenir, y que el presente será sin remedio superado por el futuro".

Sugestiones para Mejorar la Emergencia de los Servicios Médicos Dependientes del Departamento del D. F.*

Por el Académico Dr. Horacio UZETA

Los lineamientos siguientes son los que creemos deben seguirse para establecer un servicio de emergencia, que si no bastará por sí sólo para todas las necesidades de la Ciudad de México, si aliviará en gran proporción a todos los de esta índole que están funcionando: Hospital Juárez, Cruz Roja, etc. y son los propuestos para llevarse a efecto en el Hospital "Dr. Rubén Leñero" de los Servicios Médicos del Distrito Federal.

1. La Ciudad de México con cerca de 3,000,000 de habitantes no cuenta con un sólo servicio de emergencia bien planificado y que trabaje correctamente.

Esta es una triste verdad.

La urbe con su necesidad de transportar a los habitantes tiene un tránsito tremendo, con los accidentes inevitables del mismo; los heridos por armas contundentes, blancas y de fuego; los lesionados en las diversas factorías, los que intentan contra su vida, los que son víctimas de enfermedades que rápidamente pone en peligro la vida, los distintos comas, hemorragias, infecciones y dolores agudos, etc. Todos estos lesionados y enfermos no cuentan en la actualidad con el servicio rápido, efectivo y de la debida amplitud. Para lograr en parte esto, se ha propuesto al C. Regente, y algo de ello ya funciona, un servicio Municipal de emergencia que tenga las características siguientes:

* Trabajo leído en la sesión del día 10 de agosto de 1954.

1º.—**UBICACION.**—Se propone como punto esencial que todos los pacientes que necesitan servicio de emergencia, sean atendidos en el Hospital "Dr. Rubén Leñero" (no estamos refiriendo a los que han sido recogidos por Ambulancias de la Cruz Verde). Esta centralización podrá tener las objeciones de que el lesionado tardará más tiempo en llegar al lugar de su atención, pues en la actualidad se cuenta con 5 Puestos de Socorro ubicados así: Puesto No. 1 en Sidar y Robirosa (Balbuena), Puesto No. 2 en Obispo Mundial y Av. Consultorio, Puesto No. 3 en Campana No. 44 México, Puesto No. 4 en Escobedo y Victoria; pero estos Puestos no cuentan con lo que debe tener un servicio de emergencia que reúna los requisitos que se requieren actualmente y de los que citaré algunos. Todos los servicios intermedios de un Hospital funcionando las 24 horas, Laboratorio, Rayos X, Banco de Sangre, Farmacia, Oxigenoterapia, Endoscopia, Anestesiología, etc. y encamamiento anexo con todos los servicios que requieren un Hospital moderno. Centralizando los servicios de Emergencia se tendrán muchas ventajas pues se cuenta con todo lo señalado y si las Ambulancias son manejadas por radio y situadas en puntos estratégicos, (en los mismos Puestos señalados antes y que se transformarán en servicio de Cominaria) lograrán el llevar al lesionado en corto lapso de tiempo y desde la llegada de la ambulancia el paciente empezará a ser atendido Médico-quirúrgicamente. Además el Hospital "Dr. Rubén Leñero", está conectado con los anillos de circunvalación de la Ciudad y puede transportarse a los lesionados sin entrar en la zona de tránsito intenso.

Es preferible perder unos cuantos minutos, cuando se tiene la seguridad de llevar al paciente a un sitio de atención que reúna las condiciones debidas.

TELEFONOS.—El número de la Central de recepción debe estar a la vista en la carátula de los Directorios de Teléfonos y podrá pedirse también por nombre: "Cruz Verde".

Se requiere una oficina central de recepción de llamadas, la que constará del número de casetas suficientes, cada una de ellas con aparato telefónico para que la llamada brinque inmediatamente de los aparatos ocupados al que pueda recibirla por no estarlo, en otras palabras esta Central no debe estar nunca ocupada.

TELEFONISTAS.—Cada aparato estará atendido por un telefonista que deberá de llenar las condiciones de agudeza auditiva y conocimiento gramatical de la nomenclatura de la Ciudad y ubicación de las calles. Estarán equipados con audifonos de cabezal, máquina de escribir y con las formas para que conste escrita la llamada. Estas formas serán de dos colores: una para las Ambulancias que están adscritas al Hospital Leñero. La otra destinada a la estación de control radiofónico para que éste sea el vehículo para hacerla llegar a las ambulancias situadas estratégicamente en los distintos puntos de la Ciudad.

AMBULANCIAS.—El servicio de traslado de enfermos cuenta con 21 ambulancias de las cuales 18 son para el traslado de lesionados, 1 para enfermos y 2 para cadáveres.

De estas ambulancias 10 son de reciente adquisición y por lo tanto de acuerdo con lo moderno en ambulancias.

Cada ambulancia está dotada de 2 camillas, una de ruedas y otra de tipo avión y tiene capacidad además para trasladar 4 enfermos ambulantes. El personal destinado a cada ambulancia consta de: 1 Chofer, 1 Camillero, 1 Practicante que debe de cursar el último año de la carrera de medicina. Tiene además espacio para botiquín.

La dotación de botiquín se considera dividido en dos grupos: Uno de ellos constituido por férulas de inmovilización temporal y que está bajo la responsabilidad directa del chofer de la Ambulancia; cuando una férula de estas es usada, al entregar al lesionado le es devuelta una similar en el servicio de emergencia.

La segunda parte del botiquín está constituida por paquetes de cura individual, vendas de manta y gasa, tela adhesiva, estetoscopio y fonendoscopio, así como tarjetas con suero tipo desecado para hacer la determinación del tipo sanguíneo del lesionado durante el traslado; vendas de hule para torniquete. Y como medicamentos: Coagulantes, analépticos y cardiorreguladores, así como soluciones tipo Subtosán. Dextran con el equipo correspondiente de venoclisis para iniciar en la ambulancia el tratamiento del estado de shock y de la anemia; este botiquín estará bajo la responsabilidad directa del Practicante el cual al terminar cada uno de sus servicios de ambulancias lo entregará en la Sala de Emergencia para que allí sea revisado con objeto de reponer cualquier

re medicamentoso o equipo que se haya usado. El servicio de ambulancia tiene a su disposición un reanimador de tipo portátil.

En tanto se termina la ampliación propuesta para el Hospital Leñero, los Practicantes están sujetos a reglamentación para la distribución de los lesionados en los distintos centros Hospitalarios, Cruz Roja, Hospital Juarez, etc. que ayudan al Hospital Leñero para el desahogo de su misión.

RECEPCION DE ENFERMOS.—La Ambulancia descargará a los lesionados en un local al abrigo de la intemperie para ser trasladados de inmediato al 1er. cubículo en donde serán desprovistos de sus ropas, las cuales serán metidas en una bolsa de papel, dedetizadas y guardadas en el almacén de ropa de enfermos donde se conservarán hasta la salida del lesionado del Hospital.

El enfermo será aseado y en caso de necesidad rapado, dedetizado, bañado y provisto del camión destinado a los enfermos hospitalizados. Estas maniobras se harán bajo la vigilancia del personal Médico del servicio, con objeto de formular un diagnóstico presuncional que permita la correcta distribución de los enfermos en los siguientes cubículos: Mujeres, Hombres, Niños y casos sépticos.

Los cubículos de primeras citaciones tendrán anexas los siguientes servicios: Endoscopias, Rayos X, Laboratorio de Análisis Clínicos, Banco de Sangre, Farmacia y una Sala de pequeña Cirugía aséptica.

Todos los enfermos ambulantes siempre que lo permita su clasificación Médico legal, recibirán su alta hospitalaria, para pasar a ser atendidos al departamento de consulta externa del propio Hospital. Los enfermos que requieran hospitalización y Cirugía Mayor, serán pasados a los servicios correspondientes del Hospital que tiene una Sala de Operaciones con capacidad para tres intervenciones simultáneas.

El servicio de emergencia dispone de una Sala de observación y reanimamiento que llena esta función, pues cuenta con el equipo necesario, de venoclisis, Oxigenoterapia, Resucitación, etc.

Adscrita a estos servicios está la oficina de la Agencia del Ministerio Público con objeto de facilitar su cometido sin que tenga que entrar a las Salas de atenciones médicas.

En todo paciente se hará la *Historia Clínica de Emergencia*, do-

cumento que se considerará indispensable tanto para el internamiento del lesionado como para su pase a consulta externa.

Como un servicio a los familiares de los lesionados existirá una Sala de espera en el hall de la entrada principal y cerca de la caseta de informes, con objeto de tenerles al corriente del estado de los lesionados o de poder en caso de necesidad practicarles sangrías para reposición de existencias del Banco.

Seguramente que todas las proposiciones que se hacen, para el debido rendimiento de un servicio de emergencia, parecerán sencillas y estarán en la mente de quienquiera que se encargara de ello.

El mejoramiento requiere que el compacto: Hospital, Ambulancias, Teléfonos, Personal, etc., caminen en buena forma.

Además se saben los múltiples escollos que se encuentran para lograr erogaciones muy grandes. Entre ambulancias nuevas, radio central e instrumental solamente, implicó más de un millón de pesos y ya está logrado.

El Hospital "Rubén Leñero", ha sido dotado de camas nuevas, ropa, colchones de hule espuma y ya trabaja un nuevo servicio de emergencia al que se le desligó segundas atenciones y consulta externa.

La actual emergencia que es transitoria, ya cuenta con tres cubículos de primeras atenciones con dos mesas cada uno, con circulación posterior para el personal técnico, cuarto de trabajo de enfermeras con autoclaves, esterilizadores, etc., cuarto de recuperación, recalentamiento y observación con cinco camas y dos más para oxigenación y resucitación con sus aparatos correspondientes o sea que en caso de un accidente que dé muchos lesionados tiene posibilidad de atender 13 al mismo tiempo.

Ya el Hospital cuenta con el siguiente personal Médico de cada guardia: Un Cirujano de guardia, Un Médico de Enfermos, Un Anestesiata, Un Laboratorista, Un Radiólogo, Tres Practicantes numerarios y cinco Adjuntos.

Indiscutiblemente que todo lo expuesto tiende y en parte está logrado a mejorar un servicio de Emergencia ya existente pero hago notar que ni por asomo se resolverá la necesidad de que México cuenta con uno o varios Hospitales Municipales, problema que ya se planteó a las Autoridades correspondientes y ya se iniciaron los trabajos preliminares encaminados a su solución.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. Arturo DE LOS RÍOS

El tema que el Dr. Uzeta trae a la consideración de esta docta academia, abraza doble punto de vista: el técnico y el social, pero ambos están de tal manera unidos que es imposible separarlos: prestar a la comunidad, servicios médicos de urgencia eficientes y servicios administrativos.

Conocidos son por todos los que hemos trabajado en los centros nosocomiales, puestos de socorro e instituciones privadas, las grandes deficiencias de que adolecen al impartir los servicios de urgencia, tanto a los llamados como a los que por índole de sus padecimientos ameritan intervención médico-quirúrgica de urgencia para salvar su vida.

El problema se complica día a día, el rápido crecimiento de la población citadina, el aumento y complicación del tránsito en nuestra ciudad, trazada en otros tiempos en los que era imprevisible imaginar esta complicación, la poca comprensión de las autoridades gubernamentales con dados a distraer sus recursos en otros menesteres menos útiles desde el punto de vista humano, y por qué no decirlo, la falta de estudio e iniciativa de los médicos que han estado al frente de las dependencias respectivas. De estos hay que mencionar honrosas excepciones, de las que sólo cito a dos médicos que por haber ya fallecido me libran de toda sospecha de adulación, el Dr. Baltazar Izaguirre Rojo, creador de los puestos de socorro instalados en sitios previamente escogidos en la metrópoli y al Dr. Rubén Lefrere, iniciador del Hospital que hoy lleva su nombre, cuyo fin hoy un tanto desvirtuado, era el de tener un medio nosocomial perfectamente dotado y eficiente para centralizar los servicios de urgencia tal como lo propone el Dr. Uzeta.

No cabe la menor duda, de las grandes ventajas que presta la centralización de los servicios de urgencia en un hospital, en el que se tengan la totalidad de los elementos necesarios para la atención de los casos que los ameritan; pero por lo que se refiere a México discrepo un poco de los argumentos en que apoya su proposición el Dr. Uzeta, por los siguientes motivos: Contrariamente a lo que opina el Dr. Uzeta, las comunicaciones con el mencionado hospital, no son fáciles ni expeditas;

CIRUGÍA Y

los anillos circunvalación de que habla son incompletos y en sus distintos tramos están congestionados por vehículos. El Hospital, está situado en un extremo de la Ciudad; así es, que si consideramos a ésta de forma irregularmente poligonal, diríamos que el Rubén Leñero está en un ángulo de este polígono, y por lo tanto existen barrios sumamente alejados de él. Recordemos que la ciudad de México, es una de las más extendidas del mundo, y que el traslado de lesionados desde muchos puntos obliga a pasar por zonas de tránsito intenso, que demoran grandemente su llegada al Rubén Leñero. Si a las consideraciones anteriores agregó lo asentado por el Dr. Uzeta, de la que la población de la capital asciende a la respectable suma de 3,000,000 de habitantes, encuentro una razón más para la proposición que a continuación hago: la creación de otro centro nosocomial en todo semejante al Rubén Leñero, el cual deberá estar situado en un punto de la ciudad, diametralmente opuesto al sitio que ocupa el mencionado hospital; esto traería la ventaja de que la concentración de lesionados en ambos hospitales se haría sin tener que atravesar zonas de intenso tránsito. Imaginemos por un momento la ciudad dividida en 2 zonas opuestas y líneas que desde ambos hospitales rodearían a todos los sitios de su jurisdicción. La correcta distribución de ambulancias dotadas de radio como tan atinadamente propone el Dr. Uzeta, facilitaría la atención apropiada de estos servicios. Volviendo por un momento al número de habitantes de la capital y por ende al número de lesionados y enfermos que necesitan los servicios de emergencia, es fácil pensar, que la total concentración de ellos en un hospital de capacidad limitada como es el Rubén Leñero, traería una incapacidad material por motivo de cupo, instalaciones, personal etc.

Es bueno recordar que la Secretaría de Asistencia, tiene el proyecto de convertir el Hospital Juárez, en Hospital de Organos, así es que, rescatado el importante auxilio que en menesteres de urgencia presta hoy este hospital, cambiada su índole, requerirá con mayor urgencia la creación de otro hospital municipal, como ahora lo proponemos.

Los puestos de socorros en la actualidad, pueden prestar importantes servicios con pequeñas ampliaciones en su dotación: establecimiento de banco de sangre, cuya dotación, reposición y vigilancia estarán en relación con la central del hospital municipal; el adiestramiento de pasantes de medicina en la práctica de transfusiones, investigación de compatibilidades

sanguíneas, biometría hemática etc. *Estos mismos puestos, podrían seguir atendiendo, aun después de la creación de otro hospital, los lesionados graves cuya atención a juicio de pasantes y médicos adscritos, no amerita grandes intervenciones médico-quirúrgicas.*

En lo referente a teléfonos, telefonistas, manejo de ambulancias, dotaciones de botiquines etc. las indicaciones del Dr. Uzeta no admiten discusión. Hombre experimentado en estos menesteres nos trae el resultado de su experiencia.

Solo me resta felicitar al ponente por habernos traído este problema de manera tan brillantemente expresada y creo conveniente que en unión de él, se hiciera una exaltativa a nuestros gobernantes, para llevar a efecto modificaciones a los deficientes servicios que hoy padecemos.

*Clínica y Frecuencia del Síndrome Traumático Ocular **

Por el Académico Dr. Raúl Arturo CHAVIRA.

Para el maestro brillantísimo
Prof. Dr. José Aguilar Álvarez.

En comunicaciones anteriores referidas en la Academia Nacional de Medicina, en la Academia Mexicana de Cirugía y en la Sociedad Mexicana de Oftalmología, he estudiado el Síndrome Traumático Ocular. En esta ocasión completaré su estudio que deriva de la observación y tratamiento de numerosos casos que se han presentado en el Hospital Juárez, de esta Ciudad de México, durante los últimos cinco años.

Se denomina Síndrome Traumático Ocular, a las lesiones producidas en el ojo por una contusión, es decir, por una acción violenta que se ejerce de delante hacia atrás, o tangentemente sobre el órgano, pero cuya fuerza es insuficiente para producir un estallamiento o una herida penetrante.

La característica de la fuerza de la contusión, que puede ser directa o indirecta, es que sea de mediana intensidad. Una contusión leve provoca una equimosis palpebral, que no constituye el Síndrome Traumático; una contusión intensa rompe el órgano y produce una herida penetrante o un estallamiento que no se clasifican en este Síndrome.

Cuando la contusión provoca desórdenes en el segmento anterior del ojo se constituye el "Síndrome Traumático del Hemisferio Anterior";

* Trabajo leído en la sesión del día 20 de Julio de 1954.

puede la violencia exterior provocar graves alteraciones en las membranas del segmento posterior, individualizándose el "Síndrome Traumático del Hemisferio Posterior".

En ocasiones las lesiones se observan en el hemisferio anterior y posterior constituyéndose el "Síndrome Mixto", o "Síndrome Traumático Ocular".

Fernández, estudió en el año de 1918, este Síndrome. El Síndrome Traumático del Hemisferio anterior comprende los siguientes síntomas que se presentan todos en un enfermo, o con frecuencia en grupos de dos o tres.

- I.—Hemorragias palpebrales con o sin lesiones de las partes blandas.—Hematomas.
- II.—Edema de los párpados, inflamatorio o no que aparece inmediatamente o días después de la contusión. Esto último en realidad es poco frecuente.
- III.—Erdema palpebral.
- IV.—Hemorragias subconjuntivales bulbares. Inyección ciliar. Quemosis subconjuntival.
- V.—Lesiones y erosiones de la córnea, superficiales o profundas, distribuidas en cualquier sector, con frecuencia horizontales y edema fugaz o persistente.
- VI.—Infiltración hemática de la córnea.
- VII.—Hidema parcial o total.
- VIII.—Modificaciones del diámetro y forma de la pupila. Midriasis, miosis y anisocoria. Pupa en forma oval o de raqueta.
- IX.—Modificaciones de los reflejos pupilares, abolidos o retardados.
- X.—Modificaciones estructurales del iris. Iridodilisis. Perforaciones. Degeneración del borde pupilar en forma de muescas y rayados.
- XI.—Aniridia traumática, llamada por el Dr. Fernández Isasi, pseudo-aniridia traumática. Inversión total del iris; (irdec-mia).
- XII.—Invasión o inversión parcial del iris.
- XIII.—Iridodonesis. Subluxación del cristalino. Ruptura de la cápsula anterior con hernia de parte de la lente opacificada en la cámara anterior, en forma de botón de camisa.

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

- XIV.—Luxación del cristalino y hernia del vítreo en la cámara anterior.
- XV.—Opacidades parciales y totales del cristalino. Catarata fugaz. Reabsorción espontánea de la catarata traumática.
- XVI.—Alteraciones en la refracción.
- XVII.—*Anillo de Vossius.*
- XVIII.—Disminución de la irisión sin lesión oftalmoscópica.

SÍNDROME TRAUMÁTICO MIXTO

- I.—Ruptura escleral subconjuntival.
- II.—Modificaciones de la presión ocular. Hipertensión, Hipotensión, Inestabilidad. Glaucoma traumático.
- III.—Atrofia del ojo.
- VI.—Varias combinaciones del Síndrome Traumático Anterior y del Síndrome Traumático Posterior.

SÍNDROME TRAUMÁTICO DEL HEMISFERIO POSTERIOR

- I.—Modificaciones físico-químicas del vítreo.
- II.—Hemorragias. Despegamiento del vítreo.
- III.—Comoción de la retina.—Edema de Berlín.—Lesiones musculares.—Agujero en la mácula.
- IV.—Hipertensión arterial retiniana.
- V.—Arrancamiento del nervio óptico.
- VI.—Desgarro de la coroides y la retina.
- VII.—Despegamiento de la coroides y retina.
- VIII.—Hemorragia de la retina.
- IX.—Corioretinitis post-traumática.
- X.—Modificaciones del campo visual.
- XI.—Trombosis de la vena central de la retina.
- XII.—Alteraciones en la percepción del color.

Fuchs señala además las hemorragias en las vainas del nervio óptico y desgarraduras del mismo. Nosotros agregamos el exoftalmos y enoftalmos traumáticos.

Nuestra primera estadística fue realizada en el año de 1946. Ingresaron entonces al Hospital Juárez, 2,343 enfermos traumatizados de cráneo y de cara, de los cuales 1,288 presentaron lesiones o disfunciones oculares y de sus anexos. El síndrome traumático se presentó en 550 personas.

Las estadísticas de los últimos cinco años arrojan estas cifras:
Número total de enfermos traumatizados de cráneo y cara. (Estadística del Dr. A. Jaime Palacios).

Año de 1950	2,752 enfermos
Año de 1951	2,850 "
Año de 1950, con Síndrome Traumático Ocular : 592.—21%	
Año de 1951, con Síndrome Traumático Ocular : 493.—17%	

Estadística del Dr. Carlos Martínez Bonilla:

Año de 1952. Total de enfermos traumatizados de cráneo y cara, 2,687
Año de 1953. Total de enfermos traumatizados de cráneo y cara, 3,002

Con lesiones oculares:

Año de 1952	1,499 enfermos — 52%
Año de 1953	1,500 " — 53%

Con Síndrome Traumático Ocular:

Año de 1952	812 enfermos — 57%
Año de 1953	801 " — 52%

Estadística del Dr. Bernardo Mortera:

Seis primeros meses de 1954. Total de traumatizados de cráneo y cara 1954.

Con lesiones oculares	906 enfermos — 49%
Con Síndrome Traumático Ocular	300 " — 31%

El Dr. Arcus, en su artículo titulado "Patología del accidente del trabajo", encontró en una revisión de 10,500 accidentes, 31 casos de contusión ocular, y 106 que correspondieron a incapacidad permanente.

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

El Dr. Prieto López, en su trabajo "Accidentes del trabajo oculares" dentro del I.M.S.S. encontró en un período de 5 años, accidentes variables de 12.7% a 7.8%.

I.—*Equimosis palpebrales.*—Son lesiones perioculares extraordinariamente frecuentes; se extienden a la frente, ala, dorso de la nariz y en las cercanías del reborde orbitario superior e inferior y en la región malar.

Con frecuencia se observan hematomas palpebrales y heridas contusas o cortantes en estas regiones.

Año de 1946.—Con equimosis.....	538	enfermos
" " 1950.—Con equimosis unilateral	592	"
" " " " Con equimosis bilateral	324	"
" " 1951.—Con equimosis unilateral	493	"
" " " " Con equimosis bilateral	308	"
" " 1952.—Con equimosis unilateral	632	"
" " " " Con equimosis bilateral	277	"
" " 1953.—Con equimosis unilateral	578	"
" " " " Con equimosis bilateral	385	"
" " 1954.—Con equimosis unilateral	402	"
" " " " Con equimosis bilateral	203	"

II.—*El edema agudo de los párpados* es igualmente frecuente; en un edema simple, uni o bilateral:

Año de 1946.—Casos con edema unilateral..	214	enfermos
" " " " Casos con edema bilateral..	99	"
" " 1950.—Casos con edema unilateral..	401	"
" " " " Casos con edema bilateral..	130	"
" " 1951.—Casos con edema unilateral..	395	"
" " " " Casos con edema bilateral..	150	"
" " 1952.—Casos con edema unilateral..	325	"
" " " " Casos con edema bilateral..	84	"
" " 1953.—Casos con edema unilateral..	316	"
" " " " Casos con edema bilateral..	75	"
6 meses 1954.—Casos con edema unilateral..	94	"
" " " " Casos con edema bilateral..	30	"

III.—El enfame de los párpados lo hemos encontrado con más frecuencia cuando hay ruptura de los huesos de la nariz:

Año de 1946	32 casos.
" " 1950	13 "
" " 1951	15 "
" " 1952	32 "
" " 1953	34 "
6 meses de 1954	7 "

IV.—Hemorragias subconjuntivales:

Año de 1946.—En 530 enfermos con S.T.O.	457	80%
" " 1950.—En 992 " " "	316	53%
" " 1951.—En 493 " " "	239	66%
" " 1952.—En 812 " " "	149	18%
" " 1953.—En 801 " " "	172	21%
" " 1954.—En 300 " " "	174	58%

(6 meses)

De igual manera están los porcentajes anteriores y los siguientes en relación con el Síndrome Transmítico Ocular.

Quemosis:

En 1946	95.
En 1950	158.
En 1951	173.
En 1952	124.
En 1953	87.
En 6 meses de 1954	34.

Inyección agria

En 1950.—(Dr. Jaime Palacios)	38
En 1951.—(Dr. Jaime Palacios)	40
En 1952.—(Dr. Martínez Bonilla)	13
En 1953.—(Dr. Martínez Bonilla)	15
En 6 meses de 1954 (Dr. Mostera)	20

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

V.—Es muy frecuente encontrar lesiones de la córnea en el S.T.O.; son superficiales, lineales, en forma de ángulo o de estrella, orientadas en el meridiano horizontal; no son perforantes. Algunas surgen como simples erosiones, en otras se interesa la membrana de Bowman, el parenquima corneano, el endotelio posterior y la de Descemet, donde pueden aparecer pliegues de diverso aspecto. En ocasiones se observa un enturbiamiento de la córnea por edema parenquimatoso de duración variable. Debe citarse la anestesia de la córnea con hipotonía ocular. Se observaron:

En 1946.—Lesiones superficiales de la córnea	200.
En 1950.— " " " " " "	219.
En 1951.— " " " " " "	189.
En 1952.— " " " " " "	212.
En 1953.— " " " " " "	290.
En 1954.—(6 meses) " " " " " "	74.

VI.—La infiltración hemática de la córnea es siempre una complicación severa. Hemos visto en el año de 1946, dos hombres y una niña, con esta lesión.

La córnea dice Márquez, "toma una coloración rojiza o verdosa obscura y se hace tan opaca que la superficie del iris puede ser reconocida". La llama "tinción sanguínea de la córnea" y casi nunca recupera su transparencia. Lefraud, Dubois y Polsen han señalado recientemente un caso de reabsorción total en el caso de infiltración hemática total.

Hemos observado los siguientes casos:

En 1950	3
En 1951	2
En 1952	4
En 1953	3
En 1954 (6 meses)	1

VII.—El hifema es un signo muy frecuente de la contusión ocular. En 1946, observamos 68 casos en 550 lesionados; 43 hombres y 25 mujeres. Es más frecuente el hifema parcial. Entre los 68 casos observados, 8 han sido totales.

El mecanismo más frecuente de su producción es la desgarradura violenta del iris.

Morera ha estudiado por gonioscopia los desgarras de la raíz del iris y resume así su experiencia:

1^o.—Contusiones sin lesión del ángulo endocorneal.

2^o.—Contusiones con alteraciones de la coloración de las bandas ciliares, puntilleros hemorrágicos y dispersión de pigmento.

3^o.—Contusiones con desgarras y desprendimientos del proceso ciliar y de la raíz del iris.

La cámara anterior puede estar disminuida o aumentada de profundidad, después de la contusión por sub-luxación del cristalino. Se han observado los siguientes casos:

En 1910, parcial	30.	total	4.
En 1911, "	28.	"	4.
En 1912, "	80.	"	5.
En 1913, "	81.	"	10.
En 6 meses de 1914	5.	"	2.

VIII.—Las modificaciones del diámetro de la pupila son muy frecuentes después de una contusión; encontramos iridoplegia unilateral 70 veces en 50 hombres y 20 mujeres. La miosis traumática es poco frecuente. Sólo diez veces en 550 contusiones, es debida a espasmo del esfínter. La midriasis traumática es permanente en la mayoría de las veces; la pupila es oval o en forma de ranura. Es debida a la parálisis del músculo ciliar o a rasgaduras del esfínter.—Casos observados:

Midriasis, en 1910	94 casos.
" " 1911	84 "
" " 1912	80 "
" " 1913	71 "
" " 1914 (seis meses)	17 "

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

Miosis traumática:	en 1950	7 casos.
"	" 1951	6 "
"	" 1952	3 "
"	" 1953	2 "
"	" 1954 (6 meses)	1 "

IX.—Los reflejos pupilares casi siempre se encuentran modificados; la pupila es midriática sin reflejos. En las contusiones de mediana intensidad, los reflejos están retardados o normales. Los encontramos 80 veces abolidos; 40 veces retardados y 40 veces normales en 550 enfermos con Síndrome Traumático Ocular, en el año de 1946.

En 1950	Reflejos abolidos,	90,	retardados,	10.
En 1951	"	86,	"	18.
En 1952	"	98,	"	11.
En 1953	"	100,	"	6.
En 1954 (6 meses)	"	21,	"	10.

Aniscoria:

En 1950,	se presentaron	42 casos.
En 1951,	"	39 "
En 1952	"	58 "
En 1953	"	49 "
En 1954 (6 meses)	"	8 "

Pupila Oval

En 1950,	se presentaron	7 casos.
En 1951,	"	7 "
En 1952,	"	21 "
En 1953,	"	24 "
En 1954, (6 meses)	"	3 "

Pupila en forma de Raqueta:

En 1950,	se presentaron	1 casos.
En 1951,	"	2 "
En 1952,	"	2 "
En 1953,	"	1 "
En 1954,	"	0 "

X.—Alteraciones estructurales del iris. La dialisis se produce cuando el traumatismo lesiona el ojo en la región esclerocorneana; la desinserción es pequeña de uno o dos milímetros o grande, del tamaño de un sector, o de la mitad o más aún. Con frecuencia es única; pocas veces múltiple (polioria); pero en casi todos los casos de medianas o extensas dialisis la pupila cambia de forma; dicha desgarradura no se repara nunca espontáneamente. Se la observa con más frecuencia en el meridiano de las 12, o en los sectores adyacentes; en el sector inferior de la córnea no la hemos observado. La observación clínica de estas lesiones obliga a investigar rasgaduras y despegamientos del proceso ciliar, coroides y retina.

Son menos frecuentes las perforaciones del iris que las rasgaduras del borde libre, que se hacen en forma de pequeñas muescas que lesionan hasta la capa pigmentaria. No hemos observado rasgaduras de la superficie anterior del iris, ni de la capa pigmentaria. En sólo tres ocasiones observamos una rasgadura lineal que se extendía tres milímetros desde el borde libre hasta el espesor de la membrana. Las secuelas de estas alteraciones son la atrofia parcial o total del órgano.

Iridodilatación

		150 casos
1946	.....	11 "
1950	.....	9 "
1951	.....	80 "
1952	.....	60 "
1953	.....	2 "
1954	(6 meses)	

Desgarro del borde pupilar

		6 casos
1950	.....	7 "
1951	.....	3 "
1952	.....	4 "
1953	.....	4 "
1954	(6 meses)	

CIRUGÍA Y

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

XI.—La aniridia traumática, con entera justicia es llamada por el doctor Fernández Isassi, *pseudo-aniridia*, puesto que se trata de una retracción máxima del iris; de una inversión total de él (*irideremia*) y no es una falta de dicho órgano. La hemos visto, sólo una vez sin lesión de la esclera; es extraordinariamente rara sin ruptura del ojo.

XII.—La eversion de un sector del iris hacia atrás; es una invaginación que se hace entre el ecuador del cristalino subluxado y el proceso ciliar en el espacio circumlental. Es poco frecuente en la contusión; es constante en la ruptura escleral-subjuntival.

1946	.....	2	casos
1950	.....	1	„
1952	.....	0	„
1953	.....	0	„
1954 (6 meses)	.....	0	„

XIII.—La subluxación o dislocación parcial del cristalino y la afaquia traumática son complicaciones frecuentes. Estudié doce casos en 1946. La iridonesis se manifiesta en todo su esplendor. La observamos en un 30% de los casos. Hemos observado en dos ocasiones de subluxación y opacificación de la lente una ruptura de la cristaloide anterior con una hernia de masas en la cámara anterior.

Iridodonesis

1946	.....	12	subluxación	.....	12
1950	.....	6	„	.....	6
1951	.....	7	„	.....	7
1952	.....	7	„	.....	7
1953	.....	0	„	.....	0
1954 (6 meses)	.....	2	„	.....	2

XIV.—La luxación del cristalino se hizo en la cámara anterior tres veces; en el vítreo seis; subjuntival dos y al exterior una vez en la estadística de 1946.

Las complicaciones inmediatas de las luxaciones son la miopía traumática, la iridodilatación, los desgarros irianos, las rupturas de las hialoides, los despegamientos del vítreo, coroides y retina y finalmente las hemorragias en el vítreo.

Las complicaciones inmediatas de la luxación en la cámara interior son las iritis, ciclitis, el glaucoma traumático, la opacificación de la lente, el estafiloma anterior y la oftalmía simpática. En el vítreo puede el cristalino ser tolerado por años conservándose transparente o provocar un glaucoma secundario y la atrofia del ojo. En casos de luxación en el vítreo y ruptura de la hialoides en la fosa pupilar hemos visto una hernia de vítreo en forma de botón de camisa en la cámara anterior. Estos prolapso del vítreo se presentan también en la dislocación de la catarata secundaria y a veces en la extracción intracapsular del cristalino; se diagnostican al microscopio como por la pigmentación café de la hernia y la pupila en oval.

Luxación

	12 casos
1946	2 -
1950	3 -
1951	8 -
1952	9 -
1953	1 -
1954 (6 meses)	

XV.—*Catarata traumática total o parcial. Catarata trémula.* Reacción espontánea. En términos generales cuando después de una contusión se produce una catarata traumática, no se producen rasgaduras de la cristaloide anterior; se piensa que la contusión produce una degeneración del epitelio de la cristaloide y de un trastorno de nutrición que produce una degeneración granulosa que se opacifica. Nosotros observamos tres casos con lesiones de la cristaloide y hernia de masas opacificadas en la cámara anterior; son rasgaduras o fisuras de la cápsula anterior.

La catarata fugaz de Teram o pseudo-catarata es una opacificación que desaparece días después.

Las opacidades parciales traumáticas las hemos visto en niños y per-

CIRUGÍA Y

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

sonas jóvenes; son variedad nuclear, corticales anteriores, llamadas estas últimas opacidades estelares o en roseta (Vogt) colocadas topográficamente en las capas subcapsulares axiales posteriores; debe mencionarse la foliaforme de Rauh y la estrellada de Fuchs. La catarata trémula de Márquez es una catarata subluxada con oscilaciones en el sentido antero-posterior.

Observamos en tres adultos una reabsorción espontánea de catarata traumática.

Koby señaló la atrofia cristalina post-traumática, con disminución del diámetro anterior del cristalino que disminuye en un tercio de su espesor normal con opacidad de la lente.

Catarata total traumática

1946	.....	34	casos
1950	.....	23	„
1951	.....	20	„
1952	.....	34	„
1953	.....	32	„
1954 (6 meses)	.....	3	„

Catarata parcial

1946	.....	17	casos
1950	.....	12	„
1951	.....	9	„
1952	.....	2	„
1953	.....	1	„
1954 (6 meses)	.....	1	„

Hernia de catarata traumática en la cámara anterior

1946	.....	1	casos
1950	.....	4	„
1951	.....	4	„

1952	.....	3	"
1953	.....	1	"
1954	(6 meses)	1	"

Hernia vítrea y luxación de cristalino en el vítreo

1950	.....	2	CASOS
1951	.....	1	"

XVI.—Alteraciones de la refracción. La miopía con astigmatismo cristaliniano se observa cuando la contusión ocular produce una distensión o desgarradura de la vítreo; entonces el cristalino aumenta de volumen a nivel de la desgarradura, de manera que en su sector de él la refracción es más grande y se produce una miopía ligera o media o aumenta si ya antes existía. (Legrand).

Algunos autores explican la miopía por la contractura o espasmo del músculo ciliar.

En otras ocasiones se produce un estado fisiopatológico inverso al anterior, es decir un *pseudos* parcial o total de acomodación, que en clínica se manifiesta por dificultad o imposibilidad para ver de cerca. La luxación del cristalino al vítreo hace al ojo hipermetrope.

La doctora Ferrer considera una hipermetropía traumática axial; en casos de ruptura de la coroides se despedaza adelante la retina.

Miopía traumática

1946	20	CASOS
1950	0	"
1951	0	"
1952	21	"
1953	18	"
1954	3	"
TOTAL	62	

Hipermetropía traumática

15	CASOS
10	"
12	"
14	"
20	"
2	"
73	

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

XIII.—En la primera estadística del año de 1946 observamos sólo en dos ocasiones el anillo de Vossius, bajo la forma de un anillo circular más o menos completo, de color café sobre la cristaloide anterior, debido a la existencia de pigmento iriario. Es una fuerte impresión que deja la cara posterior del iris fuertemente rechazada hacia atrás; no para otros autores, el anillo sería debido a una opacidad disciforme causado por sangre. Realmente no se trata de la catarata descrita por Vossius. En este mes he operado un enfermo de 29 años en quien la contusión provocó una catarata parcaíl cortical posterior con su medio anillo de Vossius y dispersión de pigmento en toda la cristaloide anterior.

1946	.....	2	casos
1950	.....	1	"
1951	.....	0	"
1952	.....	1	"
1953	.....	3	"
1954 (6 meses)	.....	4	"
TOTAL		11	"

XVIII.—En el síndrome traumático del ojo hemisferio anterior se observa un gran porcentaje de casos con disminución de la visión sin lesión oftalmoscópica. El enfermo que se presenta a nuestra observación por una contusión violenta en el ojo se queja de lagrimeo, fotofobia más o menos intensa, blefaroespasmio, fosfenos, dolores moderados o intensos localizados en el ojo o irradiados a la región frontoparietal, lipotimias y hasta síncope explicados por el reflejo trigémino bulbar, palidez de la cara, náuseas, vómitos y disminución de la visión. En casi tres cuartas partes de los casos, la agudeza visual disminuye. En muchos de ellos es la sangre derramada en la cámara anterior, la luxación del cristalino, la opacificación de la lente, las modificaciones en la refracción lo que provoca al disminución. Otras veces es la alteración conmocional del vítreo que modifica su constitución físico química; pero en otras ocasiones no existe ninguna relación entre los signos subjetivos y la disminución de la visión; en muchos pacientes no se observa ninguna alteración en los medios transparentes, ni en las membranas profundas y sin embargo la visión queda disminuida en dos o tres décimas durante mucho tiempo. En ocasiones he observado una ambliopía transitoria debida a espasmos

secundarios o defectivos hemorragias en las vainas del nervio óptico o degeneraciones de él.

Mínquez piensa que la contusión produce una torpeza retiniana. Yo creo que en algunos casos debe invocarse para explicar esta disminución de la agudeza visual, ciertos trastornos funcionales de la mácula que no se manifiestan por ninguna lesión oftalmoscópica demostrable por los procedimientos actuales.

1946	Disminución de visión sin lesión oftalmoscópica	300
1946	Disminución de visión sin lesión oftalmoscópica	310

SÍNDROME TRAUMÁTICO MIXTO

L.—La contusión del ojo puede provocar rupturas esclerales subconjuntivales; deben considerarse estas lesiones en este síndrome porque se trata como su nombre lo indica de una herida escleral no expuesta provocada por la contusión, cuya patogenia, clínica y tratamiento revisten una fisiología especial en virtud de su alta gravedad.

Estas rupturas esclerales no se producen donde actúa el agente contusivo sino en su punto diametralmente opuesto; por esta razón se les llama rupturas indirectas.

Observamos en el año de 1946, catorce casos, de los cuales ocho fueron graves; en mi estadística del año de 1940 en veintidós casos observados, en diecinueve se localizó la lesión escleral arriba y adentro; en tres casos en el segmento inferior, abajo y afuera. En este año hemos observado dos adentro del limbo. He estudiado su mecanismo en trabajos anteriores citando las interpretaciones de Gersdor, Sachs, Arlt y Miller. Fincher piensa que "el papel principal está representado por la repentina alteración de la forma del globo ocular y por el aumento brusco de la tensión de las paredes oculares; la causa real reside en la brusca elevación de la presión en el interior del ojo de manera que la fuerza que provoca el desgarro actúa de adentro afuera. Al derramarse la superficie del ojo el desgarro actúa de adentro afuera. Como el humor acuoso rechazado busca una salida y como por la contusión, el humor acuoso rechazado busca una salida y como puede pasar a la cámara posterior porque el iris está exactamente adosado a la cara anterior del cristalino, distendiendo la raíz del mismo que se introduce en el espacio circumferencial y rompe la zómula (subluxación o luxación del cristalino). Una vez un pliegue del iris puede deslizarse

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

se por el ecuador del cristalino, (invaginación del iris) o puede romperse en su base (iridodiálisis) o deslizarse en toda la circunferencia del cristalino, (luxación del cristalino a la cámara anterior) y romperse la esclera en la zona de menor resistencia. Es en una línea que parte del canal de Schlemm y se dirige oblicuamente hacia la esclera, de manera que la abertura externa de la herida se hace a unos milímetros del limbo. Yo pienso que esta ruptura escleral subconjuntival se explica en parte por la proyección del ojo contra el reborde orbitario y de allí su frecuencia en zona escleral superior e interna, ya que casi siempre la violencia actúa en la parte más accesible y vulnerable al ojo, que es abajo y afuera. Pienso también que interviene principalmente en el mecanismo de la ruptura la tensión máxima de los tejidos cuando no tienen apoyo exterior, ya que el choque se transmite por igual a todos los puntos de la envoltura escleral rompiéndose precisamente en la zona de menor resistencia, en un lugar concéntrico el limbo donde anatómicamente la esclera es más delgada.

Esto a mi modo de ver explica la ruptura de la esclera abajo y afuera: (hemos visto cuatro casos) donde no hay apoyo exterior y la violencia actúa arriba y adentro. En otros dos casos la ruptura del limbo. Esta interpretación explica el mecanismo en todos los casos que se presentan en la clínica. Podemos citar casos con (x).

Estas rupturas esclerales subconjuntivales producen hipotonía ocular rupturas y prolapsos del iris, luxación del cristalino, desprendimiento de la retina y coroides con hemorragias del vítreo.

1940	.....	22	casos
1946	.....	14	..
1950	.....	6	..
1951	.....	5	..
1952	.....	23	..
1953	.....	15	..
1954 (6 meses)	.....	3	..

(x) Ruptura escleral posterior con sintomatología de hematoma retro ocular y S. T. O. y en donde el diagnóstico se hace durante el acto quirúrgico.

II.—MODIFICACIONES DE LA PRESIÓN OCULAR

Comprenden la hipotensión, la hipertensión, el glaucoma traumático y la inestabilidad tensional.

La primera observación referida de glaucoma traumático se hizo por Ferber en el año de 1887; en 1904 fué estudiado en magníficas monografías por Larnier, Krimes y Sale; en 1905 por Villard, quien presentó tres observaciones personales en los *Anales de Oculística*. Jaeger y Conque realizaron otra observación en 1907. Lisle en el año de 1908, publicó su Tesis de Doctorado sobre "El glaucoma traumático". Mazza citó otro caso; Beauvois uno más; Ambicaudon dos; Trom dos y publicó con Fromaget un estudio sobre el mismo asunto en los *Anales de Oculística* en el año de 1913. De entonces acá es preciso citar los trabajos de Redlob, Reiss, Fisher, Duke, Elder, etc.

Magitot distinguió tres formas clínicas: hipertensión pasajera que varía en su duración de unos días a una semana y no deja consecuencias; hipertensión que se traduce por un glaucoma agudo, e hipertensión que provoca un glaucoma primitivo. Considero mucho mejor con Fromaget dividir los glaucomas en dos grupos: el verdadero glaucoma traumático y el secundario.

En el glaucoma traumático la hipertensión que resulta del traumatismo no se acompaña de ninguna otra lesión del ojo y se trata de un verdadero glaucoma esencial, precoz, que aparece horas después del traumatismo, o de una manera tardía, días o semanas después de la contusión. Clínicamente se manifiesta bajo la forma de un glaucoma agudo simple o subagudo.

En una infección bastante rara; no he visto un solo caso en miles de casos de contusión ocular. Duke Elder señala 75 casos en la literatura mundial. En el segundo grupo se observa el glaucoma traumático secundario que con frecuencia es post-hemorragico y es mucho más frecuente; es común la catarata traumática, la subluxación del cristalino, las hemorragias ligeras o profundas en la cámara anterior y en el vítreo, o la verdadera inflamación supurativa en las cavidades oculares. Son los verdaderos glaucomas traumáticos secundarios.

En su determinismo se señala como causa principal el aumento del contenido ocular producido por modificaciones del sistema vascular del

CIRUCIA Y

ojo, orientados en el sentido de una vasodilatación *generalizada* y de un estado congestivo edematoso de la uvea; como causas coadyuvantes influyen la catarata, la iridoplegia, la subluxación o luxación del cristalino, etc., etc.

En ventidós casos de ruptura escleral observados en el año de 1946, hubo seis glaucomas de forma grave. En dicha estadística, se registran quince casos de hipertensión traumática secundaria.

Las hipertensiones benignas que aparecen después de la contusión son de corta duración.

Para Magitot, la causa de la hipertensión pasiva radica en una compresión del órgano por un hematoma debido a una ruptura de las venas orbitarias que produce dilatación coroidea e hipertensión. Piensa que la hipertensión activa radica en una ruptura del equilibrio normal del sistema nervioso autor regulador; la contusión provoca un espasmo o una distensión de los vasos coroides. Dice Charlin, con razón que el glaucoma traumático es un glaucoma experimental y refuerza la patogenia de la teoría vascular.

La hipertensión traumática es mucho más frecuente; se debe en algunas ocasiones a que la desinserción del ligamiento pectíneo hace que el humor acuoso se infiltre entre la región ciliar y la esclera elevando en cierta extensión las membranas profundas; la consecuencia es una hipotonía fugaz; en otras ocasiones la hipotonía reconoce como causa del despegamiento de las coroides y un trastorno en el sistema regulador venoso en los vasos de la uvea.

Reiss y Redslob determinaron que cuando se aumenta el volumen del ojo del cadáver humano, aumenta el tono a 60 mm. de Hg.; de la misma manera una disminución produce un D. R.

Cuando se aumenta el coeficiente higrométrico del vítreo se producen fenómenos glaucotomatosos; si el coeficiente disminuye el vítreo pierde agua y la T. O. baja y determina un D. R.

En condiciones anormales la elevación del pH aumenta el tamaño del vítreo y produce una hipertensión; las variaciones del hinchamiento del vítreo en función del pH está en armonía con la teoría del punto isoelectrico.

Ficher admite que el exceso de ácidos por trastornos de la circula-

ción, aumenta la afinidad de los coloides por el agua y produce el edema del vítreo que causa el glaucoma.

Duke Elder estudió las variaciones de hinchamiento de los proteicos que constituye el gel y las variaciones en función del pH por experiencia de profundión. Después de una contusión dice él, se observa un período de inestabilidad de la tensión; hipertensión alternando con hipotensión y retorno a la presión normal. Son fenómenos de vaso-dilatación o de vaso-contracción debidos a una acción reflejada sobre el centro simpático-periférico intraocular.

La hipótesis de Redlob y de Reis sobre la patogenia del glaucoma, en función de la medida del pH es bien fundada; el hinchamiento del vítreo en función de sus propiedades físico-químicas, puede provocar la hipertensión ocular. A este trastorno se le agrega la repercusión sobre el tono del ojo de la presión arterial, osmótica, el equilibrio de Donnan, el flujo sanguíneo y la permeabilidad de los vasos.

Para algunos casos de glaucoma Duke-Elder y Norderson tienen la misma opinión.

El Dr. Puig observó un caso de hipotensión después de una contusión que podríamos calificar de aguda, por la enorme baja de la presión ocular acompañada de trombosis de los vasos de la retina.

1946	Glaucoma	traumático	agudo	0	casos.
1946	"	"	secundario	15	"
1946	Hipertensiones	benignas		15	"
1946	Hipertensiones	en 550	contusionados	46	"
36 hombres y 10 mujeres					
1950	Glaucoma	traumático	agudo	0	"
1950	"	"	secundario	8	"
1951	Glaucoma	traumático	agudo	0	"
1951	"	"	secundario	6	"
1951	Hipertensiones	benignas		14	"
1952	Hipertensiones	benignas		13	"
1952	Hipertensiones	benignas		15	"
1953	Hipertensiones	benignas		12	"
1953	Hipertensiones	benignas		4	"
1954	(6 meses)	Hipertensiones	benignas	20	"
1954	Hipertensiones	benignas			

CIRUGÍA Y

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

III.—*Atrofia del ojo.*—Se produce cuando la contusión es interna y modifica profundamente la nutrición del cuerpo ciliar; las alteraciones fugaces causan la hipotensión ocular y las duraderas la atrofia. Hemos observado la atrofia del ojo en cuatro enfermos que presentaron ruptura escleral sub-conjuntival, quienes no permitieron se les operara. Se la observa también como secuela final de las hemorragias del vítreo que producen al organizarse trabéculas fibrosas, que conducen al D.R. y a la atrofia del órgano.

1946	6 casos.
1950	5 "
1951	4 "
1952	8 "
1953	5 "
1954 (meses)	2 "

SÍNDROME TRAUMÁTICO DEL HEMISFERIO POSTERIOR

Este síndrome es producido también por una contusión que actúa directa o indirectamente en dirección tangencial sobre el ojo al nivel de la ora serrata, o en el ecuador, o bien sobre los tejidos peri-oculares. En las fracturas de la órbita se observa comunmente el S.T.O. debido a este mecanismo de producción.

I.—*Modificaciones físico-químicas del vítreo.* Se produce una conmoción del vítreo que causa desgarraduras del armazón, despegamiento del mismo, aumento del tyndall; reblandecimiento y fluidificación o sinquisis; es una degeneración parcial o total; el gel se transforma en sol. Los traumáticos producen una floculación con aglutinación de las micelas y copos que se precipitan y se traducen por opacidades que son movibles o bajo la forma de fibras que se transforman en tractus fibrilares. El despegamiento del vítreo se diagnostica por las fotopsias y por el reflejo brillante situado en el fondo de la retina.

1946 Despegamiento del vítreo	1 casos.
1946 Floculación y liquefacción	3 "
1950 D.V.	0 "
1950 Liquefacción	4 "

1951	Liquofacción	3	"
1952	"	4	"
1953	"	8	"
1954 (6 meses)	Liquofacción	2	"

II.—Las hemorragias del vítreo son muy frecuentes; se deben a rupturas vasculares del cuerpo ciliar, de la coroides, de la retina o a rupturas esclerales subconjuntivales. Son por su intensidad pequeñas, medianas o abundantes. Se descubren en el vítreo algunos o muchos copos que flotan en el líquido; en ocasiones la hemorragia es masiva y el ojo se llena totalmente de sangre dando a la observación un reflejo de color rojo o negro. La agudeza visual disminuye considerablemente en relación con la cantidad de sangre derramada. La reabsorción es demasiado lenta; casi nunca es completa; comienza a hacerse de la sexta a la octava semana en adelante. Se produce en las hemorragias masivas hipertensión ocular. Como secuelas de ellas se señalan la retinitis proliferante, los despegamientos de la retina y la atrofia del ojo.

II.—Comoción de la retina.—Edema de Berlín.—Lesiones maculares.—Agujero de la mácula.

El Edema de Berlín es causado por una comoción de la retina; es un edema agudo transmitido, provocado por una contusión directa sobre el ojo. Consiste en una coloración gris de la retina que se vuelve blanca, lechosa al rededor de la pupila óptica y de la mácula y que se extiende en el fondo de una manera variable según la fuerza de la contusión; los vasos de la retina parecen más oscuros y la mácula, en algunas ocasiones, presenta en medio del color blanquecino un color rojo que aumenta el cuadro de la obstrucción de la arteria central de la retina. La visión está muy disminuida; aparecen escotomas y estrechez periférica del campo visual. El color blanco lechoso es un signo patognomónico del edema de Berlín.

En ocasiones se observan hemorragias de la retina y de la coroides y un despegamiento de estas membranas.

Con frecuencia lo hemos visto evolucionar aisladamente y alcanza en máxima intensidad en el segundo día. Desaparece en cuatro o seis días sin dejar huellas; cuando persiste la disminución de la visión, la causa debe atribuirse a lesiones retinianas o maculares.

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

Hemos visto en el año de 1946, solo diez casos; es una proporción baja que se debe a que los lesionados se presentan tardíamente al Servicio de Oftalmología, cuando el enturbiamiento de la retina ha desaparecido.

Berlin pensó que la coloración blanca era debida a infiltraciones serosas de la retina causada por hemorragias subcoroideas; para Ostwalt se trata de un verdadero edema agudo de la retina, con anemia de ella debido a una dilatación paralítica con trasudación serosa. Para Lohmann la anemia sería producida por espasmos vasculares. Seignied cree debido el edema de Berlin a una conmoción de la retina, con edema fugaz; días después la membrana recobra su aspecto y función.

Beck y otros autores piensan en que se trata de un exudado colocado entre la coroides y la retina; para Denning son alteraciones fisiológicas, debidas al choque del vítreo contra la retina y parálisis de los vasos retinianos y coroides con trasudación serosa.

1946	10	casos.
1950	7	"
1951	6	"
1952	6	"
1953	7	"
1954 (6 meses)	3	" *

Las lesiones maculares producidas por la contusión ocular fueron estudiadas primero por Haab y de ahí su nombre de edema macular de Haab.

Se caracteriza clínicamente por una mancha roja en la mácula con un puntillo alrededor y con abolición de sus reflejos; cuatro o seis semanas después aparece en la región una coloración negra o gris que con el tiempo se transforma en manchas blancas de atrofia; como secuela final queda en lugar de la mácula una mancha brillante con depósitos pigmentinos y estrios finos radiados.

Haab dió una proporción de 10%; nuestras observaciones nos dieron una de 6%. Esta lesión es extraordinariamente grave en lo que concierne a la visión.

DR. RAÚL ARTURO CILVERA

1946	6 %
1950	5 %
1951	4 %
1952	5 %
1953	7 %
1954 (6 meses)	2 casos

Agujero de la mácula.

En ocasiones las hemorragias de la retina en la mácula dejan un agujero en ella.

En 1946, observamos dos casos. Tiene la forma de un agujero negro, de tamaño variable; de forma redondeada u oval, cuyo borde se marca pigmentado; otras veces se observa el agujero de color rojo, por visualización de la coroides. La visión está perdida y a la campimetría se marca un escotoma circular central.

1946	2 casos.
1950	2 "
1951	0 "
1952	1 "
1953	0 "
1954 (6 meses)	0 "

IV.—*Hipertensión arterial retiniana.*

Señalada por Márquez en la contusión ocular se debe a espasmos oculares, en personas nerviosas.

V.—*Arrancamiento del nervio óptico.*

El Dr. Anselmo Fontc, señaló un caso de contusión traumática del nervio óptico, en el año de 1946. El Dr. Montero y yo observamos en el año de 1936, un caso de arrancamiento del globo ocular por el extremo del manubrio de bicicleta; el ojo quedó a medio metro del herido según parte médico de la "Cruz Verde"; otro caso fué observado en diciembre del año pasado por arrancamiento criminal, hecho por una mu-

CIRUGÍA Y

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

jer; el herido nos manifestó la crueldad con que procedió su agresora, arrancándole el ojo derecho con los dedos.

1936	1 caso.
1946	1 caso Dr. Fonte
1950	1 caso.

VI.—Desgarro de la coroides y retina.

El mecanismo clásico de la ruptura coroidana indirecta es el movimiento de rotación que sufre el ojo alrededor del nervio óptico, desalojado por la fuerza contundente; cuando la fuerza deja de actuar cesa la rotación por el sostén del nervio y el ojo se dirige en sentido inverso; este brusco movimiento rompe la coroides en el anillo escleral. Sería una ruptura por tracción.

Hudelo, Guillaumat y Maussion, llaman a la desgarradura de la coroides "coroiditis arciforme traumática". Como mecanismo consideran la ruptura por vibración; "las ondas de choque pueden propagarse de dos maneras; en línea recta por el vítreo, o lateralmente por las paredes." Las ondas de vibración siguen las paredes laterales del globo y se encuentran en el polo posterior donde producen una necrosis traumática y de ahí una coroiditis arciforme traumática. Se manifiesta en forma de creciente con la concavidad hacia el nervio óptico; con frecuencia son varias rupturas, más anchas en el centro y alargadas en los extremos, en forma de media luna, diríamos nosotros; de longitud variable y de color blanco, con pigmentación negra en los bordes.

La ruptura directa se hace en la periferia, en el punto donde se hace la contusión. Las desgarraduras retinianas aisladas son poco frecuentes; mucho más lo son las acompañadas de las rupturas coroides; se manifiestan en clínica por la falta de continuidad de los vasos de la retina y porque los bordes de la desgarradura están despegados en cierta extensión.

1946 Rupturas coroids .	3	Casos
1950	3	"
1951	2	"
1952	6	"
1953	4	"
1954 (6 meses)	1	"

VII.—Despegamiento de la coroides y de la retina

Son poco frecuentes los despegamientos puros de la coroides en la infancia simple; nosotros no los hemos visto. En la estadística del Dr. Jaime Palacios se registró un caso en el año de 1952 y dos en 1953; en la del Dr. Montero un caso en 1954.

Se caracteriza por una tumoración negra o rojiza como un hongo en el vitreo; los vasos retinianos se hacen rectos y la característica es que se ven las ramificaciones de los vasos coroidales por encima del tumor y la coroides desprendida es inmóvil. En ocasiones la coroides se desprende porque el traumatismo produce un exudado subcoroidiano.

El D. R. fue conocido desde el siglo XIII por Haller y Morgagni. Se trata como decíamos en una comunicación anterior de una "separación interretiniana" que se verifica entre la capa de bastones y conos y el epitelio pigmentario que permanece adherido a la coroides.

Para Minquez se trata de un desdoblamiento de la retina.

El D.R. con frecuencia es tardío. Se presenta unos meses después del traumatismo o años después, aparentemente espontáneo; pero en realidad post-traumático (Naso). Las estrías de la retina se forman en los D.R. hemorrágicos y traumáticos; están constituidos por exudados sero-fibrinosos, que dan lugar a la formación de tejido conjuntivo que aparece en la forma de estrías o de cordones blancos debajo de la retina desprendida.

Es muy difícil dar las proporciones de D.R. por traumas. Duke-Elder señala estas proporciones:

"Leher" da un 16.3 a	18.6%
Dunnington y Marnie	17. "
Shapland	26. "
Arnold	15. "
Stallard	16. "

Hemos encontrado nosotros un 6%

1950 D.R.	3	Casos
1951	6	"
1952	10	"
1953	12	"
1954 (6 meses)	0	"

VII.—Hemorragias de la Retina

Son frecuentes en el S.T.P. La angiopatía traumática retiniana está caracterizada por hemorragias de la retina que al reabsorberse dejan manchas blancas o producen una retinitis proliferante de Manz y los desgarros y desprendimientos de que hemos hablado. Las hemorragias pueden ser según su localización; preretinales; intra-retinales, situadas en la capa de las fibras, en la capa plexiforme externa, en la proximidad de los capilares o pueden hacerse entre el epitelio sensorial y el pigmentario; retoretinianas y finalmente hemorragias del vítreo. Los aneurismas miliares de la retina de origen traumático son en verdad poco frecuentes. Nano los describe con el nombre de micro-aneurismas.

Hemorragias de la retina

1950 Heumofisretina .	48	Casos
1951	43	"
1952	73	"
1953	49	"
1954 (6 meses)	21	"

IX.—Corioretinitis post-traumáticas

Son relativamente frecuentes en el S.T.P. Son debidos a hemorragias de la retina con emigración de pigmento y producción de manchas blancas de atrofia coroido-retiniana. Se las observa diseminadas en la periferia del fondo del ojo y a veces en la región pupilo-macular.

1946 Corioretinitis	46	Casos
1950	0	"
1951	0	"
1952	48	"
1953	38	"
1954 (6 meses)	6	"

X.—Modificaciones del campo visual

A).—Escotome central traumático.

Observamos un caso de escotome traumático en un médico quien recibió una contusión de mediana intensidad en el ojo izquierdo; la agudeza visual disminuyó a dos décimas con un gran escotome paracentral.

B).—Escotome central absoluto, por agujero traumático de la mácula (Malheir). El Dr. Martínez Bonilla observó recientemente un caso de agujero de la mácula, con escotome central absoluto y visión igual a cero, con persistencia del campo periférico.

C).—En los casos de rupturas coroidales se observan escotomas que reproducen la lesión.

D).—Estrechamiento del campo visual sin lesión oftalmoscópica.

E).—En las hemorragias de las vainas del nervio óptico, Duke-Elder señaló defectos irregulares en el campo visual, contracciones concéntricas, defectos en sector, antes de instalarse definitivamente la ceguera.

1946 Escotoma	1	Cases
1950	0	"
1951	2	"
1952	2	"
1953	1	"
1954 (6 meses)	0	"

XI.—Trombosis de la vena central de la retina.

El Dr. Magin Puig Solanes, señaló en 1946 la observación de un enfermo en quien la contusión ocular provocó la trombosis de los vasos de la retina y una hipotonía muy marcada.

XII.—Hemorragias en las vainas del nervio óptico

No hemos observado la atrofia del nervio óptico que se ha señalado bajo el aspecto clínico de atrofia ascendente, ni las hemorragias en la vaina del nervio en la contusión; se las encuentra con relativa más frecuencia en la contusión del ojo con fracturas de la órbita y en las hemorragias meningíneas. Smith encontró en un caso el espacio subdural del nervio óptico distendido por sangre.

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

XIII.—Alteraciones en la percepción del color

Señalada por algunos clínicos después de la contusión ocular, es objeto de estudio por nosotros.

XIV.—Exoftalmos y enoftalmos traumáticos

Estudiamos en 1946 ocho enfermos con exoftalmos traumático debido a hemorragias retinoculares en quienes la contusión había provocado fracturas de la órbita; en un caso el exoftalmos fué provocado por un enfisema limitado a la órbita; la característica clínica de esta exoftalmía es su instalación rápida en las primeras horas que siguen a las fracturas de los huesos planos de la pared interna de la órbita; de ser blando y acompañado de enfisema palpebral.

Hemos registrado un solo caso de enoftalmia traumática referido por el Dr. Jaime A. Chavira.

Exoftalmos traumático

1946	8	Casos
1950	21	"
1951	19	"
1952	15	"
1953	14	"
1954 (6 meses)	5	"

Enoftalmos traumático

1946	0	Casos
1950	0	Casos
1951	1	"
1952	0	"
1953	0	"
1954 (6 meses)	0	"

BIBLIOGRAFIA

- ARENAS BUCARON F.—*Patología del accidente de trabajo*.—Memorias del IV Congreso Panamericano de Oftalmología.—México, 1952. Vol. I.—P. 262.
- ARENAS BUCARON F.—*Manual de Oftalmología*. El Ateneo 1942. P. 492.
- BIRRENS C.—The Eye and its diseases. Saunders Co. 1936. Pág. 919.
- BURROCK J.—Blowing injuries of the eye. *Ar. of ophth.* AMA, May 1943. Vol. 30, No. 5. P. 641.
- C. CANTONNET.—Inflammation bactérienne de la cornée.—*Ann. d'Oc.* T. CXLIX P. 289.
- CALLAHAN A.—Tratamiento de las traumatismos penetrantes del ojo.—*Rev. Per. de O.N.S.* II época No. 3 En. Feb. 1952. I Lima, Perú.
- CALLAHAN A.—Cirurgia secundaria de los párpados. *Rev. Peruana de O.N.S.* II Época No. 3. En junio 1952. Lima, Perú.
- COOM.—Rupture de la membrane de Descemet a la suite de combustion du globe. *Ann. d'Oc.*—Doin 1913. CXLIX P. 141.
- CHAVIRA, R. A.—Notas Clínicas acerca de los fracturas de la órbita. *Ann. de Soc. Mex. de Oñ.* 1946.—T. XXII—No. 3.
- CHAVIRA, Jaime R.—Un caso de enftalmia traumática. X Asamblea Nacional de Cirujanos.
- CHAVIRA, R. A.—Traumatic glaucoma. *Ophthalmologica Bero Americana*.—Vol. XIV—No. 4. 1952. P. 328.
- CHAVIRA, R. A.—Tratamiento del despegamiento de la retina.—*Analecta Médica*.—Instituto Español.—Año Junio 1943.
- CHAVIRA, R. A.—Variaciones fisiológicas y patológicas en la arteria central de la retina. No. 3. *Mex. Oñ.* 1951 P. 139.
- CHAVIRA, R. A.—La tensión de la arteria central de la retina en los traumatismos craneo-encefálicos. — *Gaceta Médica* — Junio de 1946.
- CHAVIRA, R. A.—La distensión-empulsión intra y los diversos tratamientos empleados en el despegamiento de la retina.—*Gaceta Médica*—Febrero de 1943.
- CHAVIRA, R. A.—Signos oculares en los traumatismos craneo-encefálicos.—*Tratado de cirugía de la Academia Nacional de Medicina*.—29 de Mayo de 1935.
- CHAVIRA, R. A.—La pupila en los Traumatismos craneo-encefálicos.—*Analecta Médica*. Año 30 1946.
- CHAVIRA, R. A.—Traumatismos de las membranas profundas del ojo.—*Cirurgia y Cirujanos*.—Enero 1947.
- CHAVIRA, R. A.—El Síndrome traumático. *Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología*.—1952. Revista de Cirugía No. —T. X En Junio 1948 P. 34.
- CHARLES, C.—*Tratado de Clínica Oftalmológica* 1925. Sabat.—P. 323 411 705.
- ENVERGER et VETTER. *Biomicroscopie des cristallins*.—Masson et Cie.—1933. P. 70.

SÍNDROME TRAUMÁTICO OCULAR

- DUKE-ELDER. Test book of Ophthalmology.—Kimpton — 1949. Vol.—III— P. 2864-2938-2939.
- DJICOS C.—Angio pathietraumatique de la Retine. Arch Pftthal.—1948. Tome 8 No. 5 P. 547.
- DUVERGER-BREGEAT.—A propos de luxations du cristalin. Ar. d'Ophth. Masson.—Tome 8.—No. 4. P. 361.
- ELWYN H.—Diseases of the retina.—Blakiston Co. 1946 — Pág. 508.
- FRENKEL T.—Contusion oculaire.—Av. d'Oc.—1918 G. Doin T. C. IV P. 78
- FERRER O.—Cambios de refracción de origen patológico. Memorias del IV Congreso de Oftalmología. México 1952 — Vol. I. — P. 305.
- GALLEMAERTS E.—Examen microscopiques des affections de la cornee.—Masson 1926 — Pág. 55.
- HAMILTON-DOGGART.—Ocular signs in Slit-Lamp microscopy Kimpton. 1949 Pg. 70.
- HINDELO — GUILLAMAUT et MAUSSION.—Chroidite Arciforme traumatique Ar. d'Ophth. Masson — Tome 5, No. 1 P. 44 1945.
- KOBY F.—Biomicroscopie du corp vitré. Masson et Cie. 1952. P. 78.
- LACRAUGE VALUDE.—Encyclopédie Française d' Ophthalmologie. Paris Doin 1905 T. IV. P. 653 — 680 — 579. T. III. P. 1004.
- LEGRAND — DUBOIS — POULSEN.—Aniridic traumatique. Bull d'Ophth—Dhc 1949. No. 9 P. 937.
- MARQUEZ M.—Oftalmología Especial Teórica y Clínica. La Prensa Médica Mex. México 1952. P. 217-383-389-449-451-461.
- MARQUEZ M.—Lecciones de Oftalmología Clínica especial. Blaso S. A. — 1936 P. 168.
- MALBRAN J.—Campo visual normal y patológico. 1936. El Ateneo. B. A. P. 172.
- MAWAS J.—Biomicroscopie de la chambre Anterieure de l'iris et du corps ciliaire Masson et Cie. 1928. P. 86.
- MERCADO G.—Pliegues de retina. Arch. de Oft. B. A. No. 4. P. 169.
- MAGITOT.—Sur quelques variations traumatiques de la tension oculaire. An d'Oc. P. 7 CLV—1918.
- MAGITOT.—Deux types de modifications traumatiques de la tension oculaire. An d'Oc. T. CLV. P. 7. 1918.
- PRIETO LOPEZ T.—Accidentes del trabajo oculares dentro del I.M.S.A.—Memorias del IV Congreso Panamericano de Oftalmología.—México. 1952. Vol. I. Pág. 269.
- PAEZ ALLENDE P.—Aniridia.—Ar. de Oft. B. A. T. XVIII. Dbre. 1952. No. 12 Pág. 744.
- REDSLOB E.— Le corps vitré.— Masson et Cie.—1932. P. 262.
- SMITH E. H.—Anterior chamber hemorrhages following non-perforating ocular injuries.—Memorias del IV Congreso Panamericano de Oftalmología. México. 1952. Vol. III. Pág. 1730.

- RECHACHTER-COURGAND.—*First Observation d'angle*. *Ar. OE. Opt.* A.M.A. 1940. T. VIII. No. 4. P. 362.
- SEYMOUR F.—*Chalazion traumatique de la macula*. *Ar. OE. Opt.* A.M.A. 1946. P. 32.
- TIGHEL B.—*About the genesis of the primary glaucoma*. IV Congress Panamericano de Oftalmología.—México 1952. P. 1051.
- TERMIN A.—*Les espèces traumatiques passagères du cristallin leur importance Médico-legal*. — *An. d'O. T.* CXLII Nov. 1949.
- VILLARD H.—*Glaucoma aigu consécutif aux contusions du globe oculaire*. — *An. d'O.* — *Doin T.* CXXXIV. P. 241 1951.
- VAN SCHVENSTEEN.—*Un cas d'écoulement traumatique*. *An. d'O. Doin Doin*. 1909. T. CXLII. P. 413.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. F. PALOMINO DENA

Anatómicamente el ojo está colocado en un verdadero cojín elástico como es el tejido cefalo-adiposo que llena la cavidad orbitaria y está inclinado, pudiéramos decir, sobre una verdadera hamaca que le forman las diferentes estructuras perioculares; sostenido mutuellemente dentro de esta cavidad y protegido en casi todas direcciones por las paredes de esta cavidad y hacia afuera, pero aún más, fisiológicamente éstas excepto hacia abajo y hacia afuera, pero aún más, fisiológicamente, esta protección se manifiesta por una vigilancia constante como en la ejércida por el reflejo palpebral y el reflejo de inclinación al aproximarse un objeto; lo mismo que por el lagrimeo copioso que sigue a la penetración de cualquier material irritante. Pues bien, a despecho de toda esta protección, las lesiones oculares son frecuentes y los efectos de estas lesiones son mucho más severos que en cualquier otra parte del cuerpo: por lo delicado de los tejidos oculares y porque un traumatismo que en cualquier otra parte pudiera dejar poca o ninguna secuela, fácilmente se transforma en motivo de incapacidad visual, de aquí que las lesiones oculares aumen una inimitable importancia económica y social ya que involucran un pesado tributo de desgracia humana a la vez que pérdida monetaria e insolvencia económica. La suma de las lesiones visuales que no causan daño permanente y que ni siquiera dejan secuelas, cuestan a cada comunidad social en tiempo y dinero mucho más de lo

CIRUGÍA Y

que se puede imaginar, a menos que se haya tenido interés en asomarse al estudio de este problema.

Tanto es el interés de este tipo de problema que fué ya objeto de investigación hace casi un siglo. Sander y Geissler en 1864 publicaron las primeras estadísticas sobre traumatología ocular, afirmando que variaba la frecuencia desde 1.8 hasta 9% con respecto a la patología en general. Subsecuentes estudios manifestaron cifras cuya variación relacionaron sus autores con el grado de industrialización del área revisada. Se destaca el de fines del siglo (1899) de Praun, que analizó las estadísticas de 45 clínicas europeas de distintos países y que comprendió casi medio millón de casos, anotando una frecuencia de 4.89% para la población en donde predominaba la clase campesina, mientras que en las regiones industriales la frecuencia se elevó casi al doble (8%).

Alemania ocupa el primer lugar en este tipo de estadísticas y las de las clínicas de Tübingen son magnífico ejemplo donde los nombres de Hermann, Rosenberg, Schütz, Braun, Hescheler, etc, encabezan muchos trabajos sobre este tema. Ultimamente, en Londres, Minton comunicó que el 30% de los padecimientos oculares atendidos en los hospitales fueron debidos a trauma y en la actualidad en ciudades más industrializadas, como Sheffield, Cridland encontró que el 53% correspondía a lesiones consecutivas a traumatismos.

La inmensa importancia social de ese problema se pone de manifiesto por las estadísticas del Departamento de Salubridad de Estados Unidos de Norteamérica, en donde se encuentra que el 51.9% de todas las causas de ceguera en un solo ojo y en el 20.6% de ceguera bilateral fueron debidas a accidentes.

Esto justifica plenamente la importancia y el interés que reviste la comunicación que en esta noche nos ha presentado Dn. Raúl Arturo Chavira. Su trabajo en conjunto es un resumen de la experiencia acumulada durante muchos años en el centro traumatológico por antonomasia de la ciudad como es el Hospital Juárez y tiene sus raíces en una serie de trabajos sobre el tema que inició hace casi 20 años con su comunicación intitulada: "Signos oculares en los traumatismos craneo-encefálicos", trabajo de su ingreso a la Academia Nacional de Medicina el 29 de mayo de 1935. Los títulos "Notas clínicas acerca de las fracturas de la órbita", "Glaucoma traumático", "Tratamiento del desprendi-

miento de la retina", "La tensión de la arteria central de la retina en los traumatismos craneo-encefálicos", "La diatermocoagulación mixta y los diversos tratamientos empleados en el desprendimiento de la retina", "La pupila en los traumatismos craneo-encefálicos", "Traumatismo de los membranos profundos del ojo", "El síndrome traumático ocular", "Fracturas de la órbita irradiadas a la base del cráneo", corresponden a la serie de comunicaciones con las que ha enriquecido el Maestro Chavira la bibliografía médica mexicana.

La presente comunicación, objeto de éste comentario, describe los cuadros sintomáticos que agrupa dentro de un síndrome traumático ocular que individualiza a 3 variedades: el síndrome traumático del segmento anterior, el síndrome traumático mixto, el síndrome traumático del hemisferio posterior. En seguida nos muestra en forma objetiva, la estadística de varios años y nos da cuenta de la frecuencia de los diferentes conjuntos fisiológicos en la traumatología ocular en nuestro medio. Al cotratar en forma parcial cada una de ellas, se pueden comparar con las estadísticas extranjeras y sacar las conclusiones necesarias para su aplicación práctica. Así por ejemplo, las estadísticas del Dr. Chavira, en el año de 1946 dan una frecuencia de 14.8% de lesiones corneales mientras que, tomando la estadística de Garraw quien publicó un resumen de mil historias clínicas de traumatizados, se encontró el 30%. La frecuencia de la catarata traumática en un distintas variedades en el mismo año de 1946, dio una frecuencia de 34% en 1288 lesionados y al compararse con la estadística de Garraw quien comunicó una frecuencia de 11 en 1000 traumatizados, se observa que es prácticamente semejante. En cambio la frecuencia en la estadística inglesa del mismo sobre el desprendimiento de la retina, es el doble de la que manifiesta el autor en su trabajo. Así podríamos ir comentando y agrupando una por una de las cifras de esta comunicación lo que no hacemos por falta de tiempo.

Al hacer la clasificación e identificación de signos y síntomas, me permito sugerir la importancia del signo hífen, como indicación de herida del cuerpo ciliar cuando no hay signo exterior de trauma. También sugiero la importancia de la interpretación de la hipotonía como manifestación de desgarro retiniano y no resultado de accidente vascular de las estructuras del fondo, etc.

En resumen se puede comentar en forma general esta comunicación

CIRUGÍA Y

afirmando que trabajos de este tipo serán la base estadística en que podrán descansar las investigaciones que tiendan a definir el peligro y la profilaxis de los accidentes del trabajo en las instituciones de seguridad social en nuestro país, así como obra de consulta para proponerse porcentajes en las tablas de compensación de nuestra Ley Federal del Trabajo.

El costo de este holocausto es donde en forma constante y persistente año tras año, el hombre paga el alto precio de la civilización, es seguramente apabullante. El costo en sufrimiento humano es grande, la pérdida de la eficiencia y del rendimiento en el trabajo es muy seria, al lado del costo monetario que se expresa en cifras apenas creíbles. En muchos países el interés que se ha tomado por este problema es tal, que se ha calculado por ejemplo en horas: sobre las pérdidas anuales resultantes de esta traumatología en países altamente desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica, se ha encontrado que en 1936 se perdieron 537,600 horas-hombre en la industria, lo que traducido en dinero, fué de 210 millones de dólares, suma que incluye compensaciones, gastos médicos, pérdida de tiempo etc., pero la verdadera tragedia de esta cifra, es la que encierra el hecho, de que con un razonable cuidado y módica prevención, del 90 a 95% de estas lesiones pueden ser evitadas.

Para terminar quiero expresar, a la vez que el elogio a la inteligencia y a la clarividencia clínica del Dr. Chavira, mis felicitaciones por el evidente interés práctico que esta comunicación encierra y que es la expresión de una verdadera escuela que el Maestro ha creado en nuestra Patria, formada con tanto empeño y constancia, en forma gradual con la publicación de sus trabajos que acabo de referir y que solamente esperan su recopilación y publicación en un libro, para que tenga la América Latina el primer libro de Traumatología Ocular.

Comentarios y Síntesis de Literatura Reciente

ECOTECNODIAGNOSTICO EN GINECOLOGIA.

El Dr. del Mount Sinai Hospital Am. J. Obst. Gyn. 1953, 65, 1167- publica el resultado de su experiencia sobre tres mil histoneulphongogramas, utilizando un medio de contraste aéreo, que se cita. Señala como indicaciones para hacer este estudio: sacroteragio, dismenorrea, esterilidad, visualización de la cavidad uterina antes de una miomectomía simple. Como contraindicaciones: procesos inflamatorios pélvicos agudos o subagudos, endometritis intra uterina, cervicitis aguda, metrorragia disfuncional.

La endometrometrexia y la temperatura deben ser normales para hacer la histoneografía.

Como hallazgos patológicos señala: pólipos endometriales en muchos casos se notan aun después de raspar histerico, miomas submucosa e intramurales, en algunos casos si se plantea la miomectomía, es necesario previamente la visualización de la cavidad uterina para descartar miomas submucosa o pólipos, hiperplasia del endometrio, carcinoma del cuerpo uterino, endometriosis uterina y tubaria, endometritis crónica, anomalías congénitas, etc. La enferma no corre riesgo con el procedimiento.

CANCER DEL OVARIO.

El Dr. R. Hanco Linn. N.Y. Med., 5-2-53, 544, 463-469, encuentra que los tumores del ovario alcanzan el 90% y de ellos el 50% son malignos. Tal se debe a la complejidad embriológica del ovario, a su actividad funcional y a la persistencia en él de restos embrionarios. Su mayor frecuencia tiene lugar entre los 25 y 50 años pero pueden aparecer en cualquier edad.

La oncomatología es sencilla y poco característica.

Los tumores de consistencia sólida son generalmente malignos; aparecen en los dos ovarios y generalmente se acompañan de ascitis.

Los tumores quísticos bilaterales son frecuentemente citodermoides serosos y dependen la mayoría de los casos en carcinomas.

CIRUGIA Y

COMENTARIOS Y SÍNTESIS DE LITERATURA

Todo tumor del ovario aunque sea pequeño y asintomático deberá ser extirpado, porque existe la posibilidad de degeneración maligna y su actividad proliferante es muy grande.

Al operarlo, extraíga-se el tumor entero para evitar posibles siembras peritoneales. Revísese el otro ovario y hágase una amplia exéresis para evitar recidivas y metástasis.

HISTERECTOMIA POSTCESAREA.

Para Dyer, Gilbert, Weed y Tyrone-Amer. J. Obst., Gyn, 1953, 65, 517, existen dos circunstancias que indican la Histerectomía Postcesárea. En el primer grupo de enfermas, está indicada por haberse hecho una o varias cesáreas y considerar el obstetra que un nuevo embarazo sería riesgoso o perjudicial para la enferma; en el segundo caso estarían incluidas aquellas que padecen placenta previa, placenta accreta, ruptura uterina, etc.

Mackenzie en otro trabajo, Amer. J. Obs, Gyn, 1951, 61, 1309, analiza 41 casos de indicación de histerectomía y encuentra: 10 pacientes de mioma, hemorragias preparto 5; toxemia 3; distocia en multiparas, presunción de infección 7, y otras causas, traumatismo físico o psíquico en partos anteriores, prolapsos, hipermenorrea, etc., 8. Se pretende por lo tanto por medio de la histerectomía, eliminar un foco de posible infección, hemorragia puerperal, embarazos posteriores o algún padecimiento uterino. Respecto a que la histerectomía sea total o subtotal ya no hay discusión.

Creemos que en estos casos, son la capacidad y la experiencia del cirujano las que mejor establecen la indicación.

—:0:—

Sociales

El día 21 del corriente mes, la Academia Mexicana de Cirugía, co-
 lefirió una Sesión de Acercamiento, con la Sociedad de Cirugía de Gua-
 dalajara, representada por su Presidente, el Sr. Dr. Javier Preciado Ze-
 leña, que pertenece también a la Sociedad Médica de esa ciudad y los
 señores doctores, Carlos Ramírez, Profesor de Radiología Clínica en la
 Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara y miembro de
 varias Sociedades Médicas; Alfonso Topete, Profesor de Cirugía Experi-
 mental e Introducción a la Medicina en la Facultad, Ex Presidente de
 la Sociedad de Cirugía y miembro de varias Sociedades Médicas; Ro-
 bertó Vázquez Pallares, Profesor de Patología General y Especial en la
 Facultad e igualmente miembro de varias Sociedades Médicas y Fernan-
 do Ramos, que pertenece a varias Sociedades Médicas de Guadalajara.
 Presentaron interesantísimos trabajos sobre cirugía vascular acompañados
 de proyecciones, especialidad que han cultivado.

El Sr. Dr. Enrique Peña de la Peña, Secretario de la Academia, a
 nombre de ésta, dio a los visitantes la bienvenida en brillante discurso
 que se publicará próximamente.

Con el propósito de prestar mejor servicio
a la profesión médica en interés de su mejor
servicio, a partir de hoy estaremos a sus órdenes
en nuestro nuevo edificio

*Seguimos
A sus órdenes!* en

Casa Mario Padilla S.A.
en el
corazón
del centro
médico

AL SERVICIO DEL MÉDICO

Casa Mario Padilla S.A.
AV. CUAUHTÉMOC 242 (Esquina Pasteur) TEL: 18-07-67

MOTOLINIA 18 TELS: 13-07-77 38-21-99

Señor Doctor:

*La Revista Médica de
CIRUGIA Y CIRUJANOS
es la de más prestigio en el País.*

Suscribase a ella

APARTADO POSTAL 8701. MEXICO, D. F.

**COLAGOGO
COLERETICO
Y EVACUANTE**



VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

estimula la secreción de bilis normal y la mantiene en solución.

produce un efecto evacuante en la vesícula y conductos limpiándolos de colesterol y pequeños cristales aglomerados.

favorece la eliminación de secreciones mucosas excesivas que obstruccionan los conductos biliares

debido a sus propiedades laxantes, evita el estreñimiento tan frecuente en la estasis biliar.



VERACOLATE

William R. WARNER and Co. Inc.



Reg. 17409 S.S.A. Prop. A-385/91 S.S.A.